BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

PARIS. — TYPOGRAPHIE HENNUYER ET FILS, RUE DU BOULEVARD, 7.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

RECUEIL PRATIQUE

PUBLIÉ

PAR LE DOCTEUR FÉLIX BRICHETEAU

Chef de clinique médicale à la Faculté de médecine,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Lauréat de la Faculté de médecine de Paris, Vice-Président de la Société anatomique,
Secrétaire général de la Société médicale d'observation,
Membre de la Société d'hydrologie et de la Société d'anthropologie,
Rédacteur en chef.

TOME SOIXANTE-SEIZIÈME.



PARIS

AU BUREAU DU JOURNAL,

RUE THÉRÈSE, 5.

1869

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Coup d'œil rétrospectif sur les travaux publiés, pendant le cours de l'année 1868, par le *Bulletin général de Thérapeutique médicale et chirurgicale*.

Il y a quelque trente ans, la médecine, qui ne s'absorbait pas dans le système du jour, n'aspirait guère au progrès que par la voie d'une anatomie pathologique superficielle, d'une analyse symptomatique variable suivant la sagacité des esprits, et d'une critique plus ou moins profonde des idées synthétiques dans lesquelles se résumait la science du passé. Depuis l'introduction dans l'étude de la biologie de méthodes qui plongent plus profondément dans l'intimité de l'organisme vivant, ou qui y suscitent une vie en quelque sorte artificielle, pour éclairer la vie normale ou pathologique, l'horizon de la médecine s'est singulièrement agrandi, et la thérapeutique qui en est la conclusion pratique a vu elle-même s'élargir les bases sur lesquelles elle s'était jusque-là développée. Le journal que nous avons l'honneur de diriger aujourd'hui, et qui, depuis bientôt quarante ans, s'applique à marquer le progrès de la science, quant à la thérapeutique surtout, et à y concourir dans la mesure de ses forces, ne saurait rester étranger au mouvement qui s'accomplit autour de lui. Bien que pour rester fidèle à la mission qu'il s'est donnée, et qui consiste essentiellement à diriger la pratique de l'art proprement dit, il ait principalement à étudier le mouvement dont nous parlions tout à l'heure en vue de ce suprême intérêt, l'évolution de la science elle-même dans ses hautes spéculations ne saurait manquer d'éveiller son attention, et, soit dans ses travaux origi-

naux, soit dans la reproduction partielle d'études importantes, soit enfin dans ses notices bibliographiques, il réserve une place importante à l'exposition critique des données nouvelles de la science contemporaine.

Cette préoccupation légitime des grandes questions, agitées aujourd'hui dans la science, nous a naturellement conduit à accorder, pendant l'année qui vient de s'écouler, une place plus large que nous le faisions d'ordinaire à certaines de ces questions. C'est ainsi que nous avons donné, dans toute son extension, un travail extrêmement intéressant de M. Oulmont sur l'action du *veratrum viride* sur l'organisme vivant, travail d'où semble clairement résulter que ce modificateur puissant se rapproche par son action de la digitale, et peut, en une certaine mesure, lui être comparé : c'est ainsi encore que nous avons inséré dans les pages du *Bulletin* une série d'articles de M. Meuriot sur la belladone, et où l'auteur s'attache surtout à démontrer que cet agent ne doit pas être considéré comme un sédatif, un stupéfiant direct du système nerveux, mais qu'il doit être rangé, comme le veut M. le professeur Sée, dans la classe des agents vasculo-cardiaques. L'alcool et le phosphore sont encore de puissants modificateurs de l'organisme qu'il était utile de remettre à l'étude, et qui appelaient l'observation d'une expérimentation physiologique rigoureuse ; MM. Gubler et Dujardin-Baumetz se sont chargés de porter la lumière sur les résultats encore incomplets qui se trouvaient consignés dans la science relativement à l'action de ces agents, soit dans l'état physiologique, soit dans l'état pathologique. Si les conclusions du second, surtout en ce qui touche à l'influence du phosphore sur la marche du processus pathologique auquel se lie l'ataxie locomotrice, laissent encore à désirer, le travail du savant médecin de l'hôpital Beaujon, vérifiant et étendant, tout en les précisant davantage, les conclusions de MM. Jaccoud, Béhier, etc., sur l'action thérapeutique de l'alcool dans les maladies, permet de dire qu'aujourd'hui, grâce surtout à la hardiesse prudente de la médecine française, cet agent d'excitation et de combustion physiologique tout ensemble est devenu, entre les mains de qui sait le manier, un des agents les plus utiles de la matière médicale : là où il est indiqué, et employé dans une juste mesure, il peut relever l'économie d'un collapsus qui, sans cette opportune intervention, eût abouti à une catastrophe fatale.

Ce sont les faits de cet ordre, joints aux enseignements de l'é-

tude de certaines maladies abandonnées aux réactions spontanées de l'organisme vivant, qui ont mis les esprits réfléchis sur la voie des dangers des spoliations sanguines dans un grand nombre d'affections où, au commencement de ce siècle, et sur la foi de spéculations erronées, on en usait jusqu'à un abus déplorable. Instruit à cet égard à l'école de nos savants maîtres, et éclairé un peu aussi par notre propre expérience, nous avons cru que le temps était venu où le *Bulletin général de Thérapeutique* devait étudier cette question d'une manière générale, et formuler, en face des praticiens dont ce journal est depuis longtemps le guide, les conclusions qui sont dans l'esprit des hommes qui font autorité de la science, et qui se résument en la recommandation d'une excessive circonspection dans l'emploi d'une médication où l'on arrive facilement à l'excès.

Tout le monde connaît, ne fût-ce que par quelques résultats originaux auxquels il a conduit, un instrument nouveau pour l'exploration de la tension vasculaire, le sphygmographe de M. Marey. Cet instrument peut non-seulement s'appliquer à mesurer le degré de tension de la colonne sanguine des artères superficielles que déterminent les maladies, mais il peut servir à mesurer en ce sens tout au moins l'action d'un certain nombre d'agents thérapeutiques dans un certain nombre de celles-ci. En ces sortes d'informations, le sphygmographe ne dit pas tout, et même ce qu'il dit, on peut quelquefois l'apprendre par une observation moins compliquée; mais ce qu'il dit vaut la peine d'être connu, et peut devenir un élément de plus dans un diagnostic précis, comme dans la nette appréciation d'une action thérapeutique. Ce n'est donc pas un vain travail que celui auquel s'est livré sur ce dernier point notre laborieux confrère M. le docteur Bordier, et que nous avons consigné dans les colonnes du *Bulletin*.

L'observation, si complète qu'elle soit, est une méthode pour arriver à la science, mais n'est pas la science : la science même doit l'inspirer pour diriger ses laborieuses enquêtes, sous peine de tomber, sans espoir d'en sortir jamais, dans l'ornière de l'empirisme. Un jeune professeur de notre Faculté de médecine, M. Axenfeld, l'a parfaitement compris, et l'a exposé avec cette largeur de vues et cette lucidité de conception qui caractérisent son enseignement, dans une leçon que nous avons été heureux de reproduire. La plupart des médecins auxquels va ce journal n'ont point entendu cette parole limpide qui, si elle ne dissipe pas toutes les

obscurités de la science, en fait au moins scintiller aux yeux les brillantes clartés ; nous sommes convaincu qu'ils nous ont su gré de leur en faire entendre ici un éloquent écho.

Mais, si entraîné que nous soyons du côté de l'horizon de la science, où apparaissent, où resplendissent, si vous voulez, toutes ces clartés nouvelles, la science d'hier, qui compta, et qui compte encore de nombreux et vigoureux athlètes, ne se tient pas pour complétement vaincue, et alors même qu'elle passe dans le camp ennemi, elle y passe avec armes et bagages, et ne consent pas à laisser enfouir dans le *diluvium* de la science, comme un vain détritus, les fruits de son vaillant labeur. M. Devergie, dans des pages remarquées, s'est fait l'organe de ces prudentes et très-légitimes réserves. Abordant surtout les questions de l'arthritisme, de l'herpétisme, etc., et des métamorphoses de l'hétérogénie pathologique, il s'est efforcé de démontrer que sur tous ces points la lumière est loin d'être faite. Dans tous les cas, il établit, au nom d'une expérience demi-séculaire, que les conceptions, les idées nouvelles, à supposer qu'elles parvinssent à se démontrer un jour, ne sauraient annihiler les résultats d'une observation rigoureuse. Là nous paraît être la vérité, et dans l'élaboration de la science nouvelle, il y a moins à rechercher des éléments nouveaux qu'à intellectualiser, pour nous servir de l'expression d'un ancien maître, M. le professeur Bouillaud, les données de la science ancienne.

Mais ce n'est pas seulement la science traditionnelle, toujours un peu souillée de la rouille du temps, qui appelle le contrôle d'une observation attentive, la science d'hier même, sous peine de ne fournir que des résultats plus tard niés ou contestés, doit se contrôler elle-même, pour se fixer irrévocablement. C'est pour assurer le bénéfice de cette critique essentielle à une méthode thérapeutique nouvelle et toute française, la méthode hypodermique, que nous avons inséré dans les colonnes de cette revue le rapport adressé à la Société médico-chirurgicale de Londres par un comité spécial chargé d'étudier cette méthode. Ce rapport dont la traduction appartient à l'un des professeurs les plus distingués de la Faculté de Montpellier, et dont l'esprit se tourne comme d'instinct aux questions les plus pratiques, M. Fonssagrives, ce rapport, on se le rappelle, confirme en tous points les conclusions que les initiateurs de cette méthode avaient tirées de leurs judicieuses observations. C'est ainsi que se trouve définitivement installé dans la science un *modus faciendi* d'une incontestable utilité. Cette remarque, nous sommes

d'autant plus heureux de la consigner ici, que ce journal a été un des premiers organes qui aient servi à la propagation d'une méthode dont tout le monde, à l'heure qu'il est, comprend l'importance.

Au milieu du mouvement qui emporte la médecine proprement dite dans des voies non encore explorées, la chirurgie, bien qu'appuyée sur des bases plus assurées, ne laisse pas de s'associer à ce mouvement ; nous citerons surtout, comme signe de cette tendance, les efforts que font nos chirurgiens contemporains pour étendre le domaine de la chirurgie conservatrice. Pendant l'année qui vient de finir, le *Bulletin de Thérapeutique* a eu la bonne fortune de pouvoir publier plusieurs travaux marqués de ce sage esprit. Nous n'en citerons qu'un ici, celui d'un de nos plus zélés et de nos plus judicieux collaborateurs, M. Tillaux, sur l'ostéogénie. La question qui se pose à ce propos entre MM. Sédillot et Ollier n'est pas résolue sans doute, n'en donnât-on pour preuves que les conclusions radicalement opposées auxquelles arrivent sur les points fondamentaux de cette méthode opératoire le chirurgien de Strasbourg et le chirurgien de Lyon ; mais de cette laborieuse enquête, de cette expérimentation circonspecte *in vivo*, il n'est pas moins sorti des enseignements imprévus qui, à supposer qu'ils ne parviennent pas un jour à montrer que la vérité est du côté de l'un ou l'autre de ces puissants adversaires, n'en seront pas moins, quelque jour, utilisés pour la pratique de l'art. La lumière réfléchie éclaire quelquefois mieux que la lumière directe qui parfois éblouit. Il nous aura suffi de rappeler ce travail de judicieuse critique, pour prouver que la chirurgie, même en tant que simple pratique, ne s'endort pas au milieu du mouvement qui renouvelle la face de la science.

Mais nous l'avons dit, et nous nous donnerions bien garde de l'oublier, le but que poursuit le *Bulletin général de Thérapeutique* n'est pas tant de suivre la science dans son évolution spéculative, que dans les applications pratiques immédiates auxquelles elle conclut, ou que légitime une observation même purement empirique. C'est donc surtout cette direction qui a été toujours la sienne que nous nous sommes appliqué à imprimer l'an dernier, comme les années précédentes, au journal que nous nous sommes imposé la charge de continuer : la conscience que nous avons de la gravité de la mission que nous nous sommes volontairement donnée nous maintiendra dans une voie, où nous voyons clairement l'intérêt

suprême que, dans la proportion de nos forces, nous désirons servir.

Beaucoup plus nombreux, et infiniment plus variés que les précédents, sont les sujets de pratique immédiate qui ont été tour à tour traités, pendant le cours de l'année 1868, dans les colonnes du *Bulletin général de Thérapeutique médicale et chirurgicale*. Nous ne saurions, sans dépasser les limites dans lesquelles nous voulons nous renfermer ici, les énumérer tous. Qu'il nous suffise de rappeler quelques-uns de ces travaux, en choisissant ceux qui nous paraissent surtout répondre aux exigences actuelles de la pratique, ou sont marqués du cachet d'une plus grande originalité.

Quand on considère le tribut effrayant, que prélève presque partout sur les populations la phthisie pulmonaire, on ne saurait s'étonner que, de loin en loin, les questions qui se posent à propos de cette affection fixent d'une manière particulière l'attention des médecins. Il suffit pour cela qu'un éclair vienne à illuminer tout à coup les ténèbres qui entourent ces questions et laissent entrevoir la possibilité d'une solution partielle. Les travaux de l'école allemande sur ce point, pendant ces dernières années, les expériences de M. Villemin, parmi nous, expériences que les dernières recherches de M. le docteur Chauveau tendent à aggraver encore dans leurs sinistres conclusions, n'ont pas peu contribué à réveiller partout l'attention un peu distraite des médecins, non-seulement sur la nature de la tuberculose, sur les processus morbides qu'elle suscite dans l'organisme, mais encore sur sa curabilité et sur les moyens les plus propres à préparer celle-ci, quand les malades ne sont pas sous le coup d'une sorte d'entraînement morbide qui emporte tous les obstacles. Dans cette juste préoccupation d'un sujet dont l'importance saute aux yeux de tous, nous avons accueilli avec empressement les travaux qui avaient pour but de servir un intérêt si grave. Il y a longtemps que d'attentifs observateurs ont signalé, dans les poumons de vieillards succombant à des maladies diverses, les traces plus ou moins certaines d'un travail de tuberculisation éteint. Plusieurs ont tenté, par un régime et un traitement spéciaux, de fournir tout préparés à l'organisme les matériaux qui semblent, en pareille circonstance, servir de base à ce travail de salutaire réparation. Malheureusement, il ne semblait pas que jusqu'ici les résultats eussent répondu aux espérances qu'on avait conçues. Un médecin de Rio-Janeiro, le docteur Mallet, n'a point partagé ce découragement, et en saturant en quelque sorte les ma-

lades d'iodure de calcium, il croit être parvenu à enrayer, à guérir même, dans quelques cas, la tuberculose. Nous n'oserions assurément nous porter garant de la certitude des résultats annoncés ; nous croyons devoir les rappeler ici cependant, dans l'espoir qu'en face de ces résultats, quelques-uns de nos confrères s'engageront dans la même voie de recherches et éclaireront, dans un sens ou dans un autre, une question que l'on croyait ensevelie et qui reparaît aujourd'hui. Mais s'il reste douteux qu'on puisse espérer beaucoup des préparations calciques pour la guérison de la phthisie, il est un moyen moins incertain dans ses résultats, et qui, appliqué dans les cas qui l'appellent, développe en pareille circonstance une incontestable efficacité; ce moyen, c'est l'acide arsénieux, qu'on prescrit d'ordinaire sous le nom de *pilules ou de granules de Dioscoride*, ou l'arséniate de soude. Un des médecins les plus distingués des hôpitaux de Paris, M. Moutard-Martin, a bien voulu nous permettre d'enrichir le *Bulletin de Thérapeutique* d'un travail très-remarquable qu'il a lu naguère à l'Académie de médecine sur ce point. Il y a là des faits de la plus haute importance, qui empruntent une autorité exceptionnelle à l'habile et consciencieux observateur qui les produit, et sur lesquels nous ne saurions trop appeler l'attention des lecteurs de ce journal; d'autant plus que l'étude consciencieuse de M. Lolliot sur l'arsenic est venue apporter un appui solide aux indications de ce médicament précieux dans le traitement de la phthisie pulmonaire; enfin ce recueil, toujours hospitalier pour les travailleurs de la province et même des petites localités, n'a pas hésité à publier un travail de M. de Beaufort sur la pathogénie et la curabilité de la tuberculose, dans lequel est exposé un nouveau mode de traitement qui, bien que rationnel, a du moins le mérite d'être nouveau, ce qui n'est pas fréquent pour une maladie si anciennement connue.

En présence des nombreux et décisifs travaux qui ont été publiés sur le traitement de la pneumonie primitive, inflammatoire, fibrineuse, et dont la plupart ont été au moins esquissés dans le *Bulletin de Thérapeutique*, nous ne faisons que mentionner la notice que nous avons consacrée à la reproduction des idées d'un médecin de Cork, le docteur Popham, sur le traitement de cette maladie par les alcalins, alliés à la diététique du docteur Bennett. C'est à une observation ultérieure qu'il appartient de prononcer, en dernier ressort, sur une thérapeutique qui unit ensemble et en même temps les contraires. Une méthode moins incertaine, et qui

s'applique également à un état grave de l'appareil respiratoire, c'est celle qu'a imaginée dernièrement M. le docteur Blachez. Cette méthode, qui n'est qu'une modification de la thoracentèse, ordinairement usitée dans les épanchements pleuraux, est la thoracentèse capillaire. On pourrait craindre que cette modification dans la méthode n'en rendît problématique les effets ; mais l'expérience a prononcé, et les praticiens que pouvait effrayer l'ancienne opération prendront plus de confiance en eux-mêmes quand ils auront sous la main une méthode qui simplifie singulièrement l'appareil opératoire, et ne conduit pas moins sûrement au résultat qu'on veut atteindre. Populariser une méthode utile en la simplifiant, c'est presque la créer de nouveau.

Il est une affection du système nerveux qui semble devenir de nos jours plus commune, ce qui s'expliquerait par certains abus de la vie, qui, malgré les prédictions de l'hygiène, ne diminuent pas, c'est la paraplégie. Incontestablement le microscope, appliqué à l'étude des processus morbides qui entraînent ce grave symptôme, a levé en partie le voile qui nous cachait la nature du mal ; mais en dehors des cas de lésions de cet ordre bien définies, il reste un certain nombre de paraplégies qu'une thérapeutique presque tout empirique a quelquefois notablement améliorées, ou même fait complétement disparaître. Le *Bulletin général de Thérapeutique* a enregistré çà et là dans ses colonnes un certain nombre de ces cas. Un médecin distingué de Nantes, M. le docteur Trastour, a ramené l'attention sur cette question de pratique sérieuse, et s'est efforcé de démontrer que la médecine désarme trop tôt en face de cette maladie ; il pense que l'usage des solutions iodées-iodurées et l'huile de foie de morue, mises en pratique avec une suffisante persévérance, y sont d'une utile application. Nous croyons devoir au moins mentionner, dans cette rapide énumération des principaux travaux du *Bulletin*, ces faits très-intéressants et sérieusement étudiés.

Nous placerons, à côté de ces observations, des observations non moins remarquables de Watson sur l'efficacité de la fève de Calabar dans le traitement du tétanos spontané. Sans doute, en général, cette forme du tétanos est infiniment moins grave que celle qui se lie à certains traumatismes ; mais, pour être moins grave, elle n'en offre pas moins des dangers réels auxquels le médecin doit s'efforcer de parer. M. le professeur Sée est venu appuyer de son imposante autorité les faits rapportés par le médecin anglais. C'est donc

là un agent qui doit définitivement entrer dans l'arsenal de la thérapeutique pour combattre une aberration du système nerveux, qui, même dans son indépendance de toute lésion palpable, jusqu'ici au moins, peut aboutir à une terminaison funeste. Un médecin, dont autant qu'aucun nous savons honorer les laborieuses recherches, M. Bouchut, a signalé, en opposition aux observations de Watson et du professeur Sée, un cas où la fève de Calabar a complétement échoué. La réserve était bonne à faire, mais elle ne détruit pas, et le savant médecin de l'hôpital des Enfants l'entend bien ainsi, l'enseignement qu'emportent avec eux les faits qui lui sont opposés.

Nous aimerions encore à rappeler à l'attention de nos lecteurs une foule de travaux qui se recommandent par des mérites divers, et dont le *Bulletin de Thérapeutique* s'est enrichi pendant l'année qui vient de se terminer ; mais force nous est de nous borner ; qu'on nous permette au moins de marquer ici la place d'un fragment pathologique et thérapeutique sur l'angine phlegmoneuse, que nous avons emprunté à un livre plein d'intérêt récemment publié par M. le professeur Lasègue ; des recherches critiques et dogmatiques tout à la fois de M. Hervieux sur le traitement de la péritonite puerpérale généralisée ; celles de M. Marrotte sur l'emploi de l'acétate neutre de potasse dans les diacrises gastro-intestinales chroniques ; celles de M. Constantin Paul sur quelques applications de l'oxygène en thérapeutique ; l'étude comparative de M. Guipon sur la gastro-entéralgie, et un mode pathologique moins rigoureureusement défini, la dyspepsie gastro-entéralgique, etc., etc. Sur tous ces points, qui ressortissent à la pratique médicale de tous les jours, tous ces savants auteurs se sont appliqués, et assurément non sans succès, d'éclairer, de préciser ou d'étendre les applications de l'art.

Bien que, dans ce sommaire tableau des travaux publiés par le *Bulletin général de Thérapeutique* pendant l'année 1868, nous ayons déjà mentionné la chirurgie, nous devons tout au moins rappeler que son concours à la marche progressive de la science et de l'art, telle qu'aspire à l'exprimer ce journal, n'a pas été moins important que celui de la médecine proprement dite en ce qui touche aux applications de l'art. Rappeler ici que nous avons tour à tour consigné dans les pages de notre recueil, ou dans notre répertoire qui le complète en glanant un peu partout, des travaux au bas desquels se lisent les noms de MM. Broca, Gosselin, Ambroise Forget, Richet, Pean, Demarquay, c'est montrer que le *Bulletin général de*

Thérapeutique n'est pas moins soucieux de mettre en relief les progrès, les perfectionnements, les heureuses innovations de la chirurgie que de la médecine elle-même. Les travaux de M. Cousin sur les injections d'air et vapeurs médicamenteuses dans la trompe d'Eustache, dans quelques maladies profondes de l'oreille ; de M. Baudon sur l'utilité du perchlorure de fer dans le purpura hémorrhagique ; l'observation de M. Marguerite (du Havre) sur le danger de l'omphalorrhagie ; la notice intéressante de M. Bellhomme sur le traitement du phagédénisme chancreux ; divers travaux de M. Béranger-Féraud, de la marine impériale ; de M. Morpain, de M. Scanzoni ; de MM. Ripoll, Delore, Philippeaux, Paquet, Desgranges, Bourguet (d'Aix), Hamon, etc., etc., sont autant de spécimens qu'il nous suffit de rappeler, pour montrer que les informations nouvelles que le *Bulletin général de Thérapeutique* a recueillies du côté de la chirurgie ne sont pas moins intéressantes que celles de la médecine même, et que nous avons autant souci de servir les intérêts de l'une que les intérêts de l'autre.

Ces résumés annuels des modestes travaux du *Bulletin*, auxquels on nous permettra d'attacher quelque importance, ont, dans notre pensée, un double but. Ce que nous nous y proposons d'abord, c'est de ramasser sous le regard de nos nombreux lecteurs, en une esquisse rapide, les points de pratique qui nous ont paru bénéficier davantage du travail incessant des observateurs, et ensuite de fixer l'attention sur les problèmes non encore résolus, vers lesquels sont portés les esprits réfléchis, à un moment donné de l'évolution de la science, par le courant des idées. Non-seulement l'œuvre pratique de la médecine est une œuvre collective, à laquelle nous concourons tous, suivant les circonstances où le cours des choses nous a placés ; mais la science, dans les problèmes complexes qu'elle a charge de résoudre, réclame, elle aussi, et non moins impérieusement, le concours de tous. Il y a donc là un double et égal intérêt à servir. Organe, bien que dans une mesure inégale, de ce double intérêt, le *Bulletin général de Thérapeutique*, grâce au concours de nombreux collaborateurs, s'applique à servir l'un et l'autre ; le rappeler en résumant très-sommairement nos travaux de l'année qui vient de finir, et partir de ce point pour nous acheminer, s'il est possible, vers un nouveau progrès, c'est tout le dessein que nous nous proposons dans ces courtes revues rétrospectives ; c'est à nos lecteurs qu'il appartient de juger si nous y avons réussi.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du traitement des corps étrangers des voies aériennes (1);

Par le docteur Félix Guyon, agrégé de la Faculté de médecine,
chirurgien de l'hôpital Necker.

Les moyens dont le traitement dispose ont pour but de provoquer l'expulsion du corps étranger à travers les voies naturelles ou de lui ouvrir artificiellement une voie à travers le tube aérien.

Pour obtenir l'expulsion par les voies naturelles, l'on a excité la toux, provoqué l'éternument, employé les lubréfiants ; l'on a eu recours enfin à des manœuvres particulières. Lorsque l'opération a été pratiquée, le larynx ou la trachée, quelquefois la trachée et la partie inférieure du larynx ont été divisés. Nous n'aurons pas dans cet article à étudier le manuel opératoire de la laryngotomie, de la trachéotomie ou de la laryngo-trachéotomie, mais nous devrons nous attacher à bien préciser les indications de l'opération et ses résultats ; sans entrer non plus dans l'énumération de tous les moyens mis en œuvre pour éviter l'opération, nous devrons cependant étudier avec soin les moyens proposés et chercher à apprécier leur valeur.

Il était aisé de prévoir que ces moyens seraient tout d'abord préférés à l'opération, mais il est singulier de voir les chirurgiens les mettre exclusivement en usage jusqu'au dix-septième siècle. Depuis Aétius qui, le premier, semble avoir transmis quelques préceptes relatifs à l'expulsion des corps étrangers des voies aériennes, on se contente de répéter avec le célèbre compilateur, qu'il faut, lorsque quelque chose de ce qu'on avale tombe sur l'extrémité de l'artère respiratoire ou tombe au dedans d'elle, provoquer la toux par des choses aigres ou jeter dans le nez un sternutatoire. L'agitation, les efforts, l'expiration violente qui en résultent aurait pour effet habituel de chasser le corps étranger au dehors. (*Voy.* Daléchamps, *Chir. franç.*, chap. XXXII, p. 130, annot. A. Paré, t. II, p. 443, édit. Malg. Hévin, *mém. cit.*, p. 436.) Fabrice de Hilden réagit, il est vrai, et vient proposer de substituer aux choses aigres qui resser-

(1) Nous empruntons à la dernière livraison du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* l'article suivant qui termine la longue étude consacrée dans cet ouvrage à cet important sujet de pratique.

rent la trachée et l'œsophage, les lubréfiants tels que les sirops de réglisse et de guimauve, huile d'amandes douces. Fabrice conservait les sternutatoires, il voulait lui aussi s'en remettre à une expiration violente du soin de jeter au dehors le corps étranger; mais bien que des succès aient pu être obtenus de la sorte, les sternutatoires, de même que les agents excitant de la toux, sont aujourd'hui tombés dans un discrédit légitime.

Si, lorsque l'expiration est provoquée, la glotte était largement ouverte, si l'on pouvait espérer que le corps étranger s'y présentât dans la position la plus commode pour la franchir, rien ne serait plus rationnel; mais rien ne l'est moins que de compter sur le hasardeux concours de semblables circonstances. Jobert, a démontré que même sur le cadavre, les corps étrangers, poussés avec un soufflet fournissant une volumineuse colonne d'air ont peine à franchir la glotte. La résistance est cependant alors toute passive, et l'ouverture glottique toujours béante, ainsi qu'il est facile de s'en assurer. Les conditions qu'offre la glotte sont, on le sait, différentes sur le vivant.

Mais si l'on a volontiers proscrit les moyens qui excitent la toux et l'éternument, les lubréfiants ont conservé une assez grande faveur. Il suffit de lire un certain nombre d'observations pour se convaincre que l'huile est volontiers administrée et que ce moyen a été même plusieurs fois proposé comme nouveau depuis Fabrice. Il a au moins le mérite d'être inoffensif; mais en est-il de même des vomitifs que l'on administre d'une façon banale dans presque tous les cas? Nous n'avons pas la preuve qu'ils aient déterminé quelque accident spécial, mais ne doit-on pas considérer cette pratique comme fâcheuse, alors que l'on voit et que l'on peut prévoir qu'elle est presque inévitablement inutile. Et cependant un, deux, trois, quatre, cinq et six vomitifs ont été successivement administrés en semblable circonstance. Si la présence d'un corps étranger dans les voies aériennes ne crée pas de contre-indications à l'emploi des vomitifs, on doit cependant condamner comme inutile la médication vomitive si fréquemment mais si inutilement appliquée, dans le but de provoquer l'expulsion à travers les voies naturelles.

Les manœuvres spéciales employées dans le même but veulent être plus sérieusement examinées.

L'on a eu recours à des percussions exercées sur le thorax et à la position.

C'est à la fois une ressource et un usage vulgaire que de frapper dans le dos lorsque l'on étrangle en avalant. Indistinctement appliquée dans ces conditions pour les corps étrangers de l'œsophage et des voies aériennes, cette manœuvre, dont l'origine est chirurgicale, a été mise à profit dans plusieurs circonstances, pour les cas dont nous nous occupons. Mais elle n'a guère été employée alors que comme adjuvant de la position ; nous en apprécierons les effets, en étudiant ceux de la position.

Nul doute que bon nombre de corps étrangers ne puissent être déplacés sous la seule influence de la position. Les plus lourd obéiront surtout aux lois de la pesanteur. Aussi, est-il incontestable que, dans plusieurs cas, la position n'ait déterminé ou favorisé l'expulsion de corps étrangers introduits dans les voies aériennes ; c'est ce que démontrent les faits de Brodie, de Lenoir, de Duncan, de Beneys, que Malgaigne a pris soin de réunir dans son journal (*Journal de chirurg.*, t. III, p. 51, 55, 83. *Rev. méd.-chir.*, t. XI, p. 101). C'est ce que peut démontrer encore la pratique du docteur Hansford (*Rev. méd.-chir.*, t. VII, p. 362).

Le plus connu de tous ces faits est celui de Brodie ; c'est l'histoire de l'accident arrivé à l'ingénieur Brunel. Le plus remarquable est celui de Lenoir. Un homme était entré à l'hôpital de la Charité, disant qu'il avait avalé une pièce de 50 centimes, et qu'il la sentait dans le dos au-dessous de l'omoplate droite. Lenoir le fit coucher sur le ventre, la tête en bas, frappa de la main sur la région où le malade accusait la présence du corps étranger, et en même temps l'engagea à tousser. Immédiatement la pièce se dégagea, franchit la trachée et la glotte, et sortit par la bouche, de telle sorte qu'en se relevant le malade se trouva guéri. Les succès du docteur Hansford ne semblent pas moins remarquables. Dans six cas, l'expulsion de différents corps étrangers fut obtenue en faisant coucher les patients horizontalement sur un banc, la tête dépassant l'extrémité du banc, et en exerçant sur le dos des percussions violentes avec un coussin bien tendu. Mais il est si vrai que cette manœuvre laisse beaucoup au hasard, que Brunel faillit être victime de l'une des tentatives d'expulsion. « La toux était si violente et les phénomènes de suffocation si alarmants, qu'il devint évident qu'il y aurait imprudence à répéter cette tentative. » Le spasme glottique, mis en jeu par le contact du corps étranger, avait été comme toujours la cause de l'échec et des accidents. Alors, comme toujours, la glotte ne livre passage que si elle est franchie sans que ses lèvres soient

en quelque sorte touchées ; ce n'est en effet que par surprise ou à la faveur du rejet d'un flot liquide que nous avons vu les corps étrangers franchir la barrière contractile que leur oppose la glotte.

Dans ce cas, les percussions furent aussi employées ; elles déterminaient immédiatement la toux et même une toux violente, lorsqu'on les pratiquait pendant que le malade avait la tête en bas. L'apparition de la toux, succédant immédiatement au choc, semble d'autant mieux indiquer que le corps étranger se déplaçait sous son influence, que malgré la position déclive la toux ne s'était pas montrée.

Les percussions exercées sur le thorax sont donc à bon droit considérées comme adjuvant du déplacement du corps étranger, déjà invité à descendre vers la glotte par la position déclive. Elles méritent d'être conservées dans le traitement, et pourraient aussi être employées pour aider à établir le diagnostic dans certains cas. Quant aux percussions empiriques que l'on pratique au moment de l'accident, nous ne pouvons les apprécier, faute de notions suffisantes sur leur efficacité. On conçoit que la secousse qu'elles impriment, l'expiration et la toux qu'elles tendent à provoquer, aient pu être utiles lorsque le corps étranger menace l'espace sus-glottique, ou est engagé dans la partie supérieure de l'œsophage.

Quoi qu'il en soit, ce que nous avons pu démontrer, c'est que la position et la percussion contribuent efficacement à déplacer le corps étranger et à le pousser vers la glotte ; mais faut-il en conclure qu'il y ait dans l'association de ces manœuvres, ou dans l'une ou l'autre, une méthode d'expulsion à préconiser? Nous ne le pensons pas, et nous en avons assez dit pour que l'on comprenne que les inconvénients sérieux que nous avons signalés et le peu de certitude de réussir déterminent notre conclusion. Les faits où cette méthode a réussi sont d'ailleurs bien peu nombreux. Nous croyons, en y joignant celui qui est indiqué dans les leçons de Dupuytren (t. VI, p. 302, note du R.), les avoir à peu près tous cités; celui de Duncan nous laisse bien des doutes sur la réalité de l'introduction dans les voies aériennes ; il fallut faire la trachéotomie chez Brunel, le malade de Beneys rendit un flot de pus en même temps que sa balle, et les six faits du docteur Hansford sont bien laconiquement exposés.

La méthode qui consiste à ouvrir au corps étranger une voie artificielle, c'est-à-dire la trachéotomie ou la laryngotomie, nous semble donc actuellement la seule qui puisse offrir au chirurgien

des garanties sérieuses de réussite. Il nous reste à indiquer quelle est en réalité sa valeur.

Nous poserons tout d'abord une exception pour les corps étrangers sus-glottiques. Ils peuvent en effet être directement extraits avec le doigt ou les pinces. Toutes les fois qu'appelé en temps utile cette extraction peut être faite, elle est rigoureusement indiquée. Mais l'asphyxie est si rapide que l'indication de la trachéotomie est urgente si les manœuvres d'extraction échouent. L'ouverture des voies aériennes, faite alors dans le seul but de rétablir la respiration, prime alors toute autre indication. Un fait publié par M. Benoit (*Gaz. méd.*, 1855, p. 38), relatif à son propre enfant, est un remarquable exemple de ce qui peut arriver en pareil cas, et de la conduite que le chirurgien doit suivre.

C'est en 1644 que Frédéric Monavius conseilla pour la première fois, d'une manière formelle, la trachéotomie pour l'extraction des corps étrangers engagés dans les voies aériennes. Théophile Bonet et Willis ont bientôt après l'occasion d'appliquer ce précepte, mais ils sont arrêtés par des avis contraires (Bonet, *de Affectu pectoris*, liv. I, obs. I. Willis, *Pharmaceutica rationalis*, Oxford, 1673). L'autopsie faite dans les deux cas démontre avec quelle facilité le corps étranger aurait pu être extrait, mais ces enseignements ne devaient que lentement porter leurs fruits. A la fin du siècle, Verduc vient cependant faire acte de prosélytisme en déclarant « lâche et peu hardi le chirurgien qui, dans une pareille occasion, laisserait mourir le malade sans secours. » Il n'avait pas eu l'occasion de pratiquer l'opération, mais avait pu la voir exécuter habilement et heureusement par un chirurgien (J. Ph. Verduc, *Pathol. de chir.* t. II, p. 849, Paris, 1710). Heister (*Inst. de chir.*, t. III. p. 449) insiste de nouveau ; il rapporte le fait heureux de Raw et une observation personnelle. Haller (*Opusc. pathol.*, 7e obs.), après avoir fait l'autopsie d'un enfant mort subitement, suffoqué par une noix aveline, avait conclu à l'opportunité de la trachéotomie, et cependant ce furent encore les hésitations des chirurgiens rassemblés, le 19 mars 1759, auprès du malade, dont Louis nous a transmis la malheureuse histoire, qui empêchèrent que la trachéotomie ne fût pratiquée. Aussi, dans le célèbre mémoire qu'il écrivit à ce sujet, Louis s'élève-t-il avec force contre ceux qui argumentent contre un secours dont il regarde la nécessité et l'utilité comme également incontestables. A cette époque encore, l'opération avait donc à peine droit de domicile dans la pratique chirurgicale ; mais, depuis lors,

Wend (*Hist. de la trachéotomie*, Breslau, 1774), Desault, Pelletan, Boyer, Dupuytren et tous les chirurgiens modernes doivent être comptés au nombre de ceux qui regardent comme un devoir de pratiquer la trachéotomie dans les cas de corps étrangers. L'exemple a été nombre de fois joint au précepte, aussi pourrons-nous étudier, à l'aide des faits, les importantes questions que soulève la pratique de l'opération.

A. *A quel moment doit-elle être pratiquée?* L'opération doit être faite le plus tôt possible ; il suffit pour justifier ce précepte de rappeler les accidents et les dangers auxquels est exposé le malade, et que le corps étranger mobile peut devenir fixe, ce qui constitue, nous le verrons au point de vue des résultats de l'opération, une fâcheuse condition. A ce point de vue, c'est également se placer dans d'heureuses conditions que d'opérer de bonne heure, bien que ce ne soit pas là ce qui influe surtout sur les résultats. Nous établirons en effet plus tard que l'opération peut être faite à tous les moments.

B. *Quelles sont les indications particulières que doit suivre le chirurgien lorsqu'il divise le canal aérien pour donner issue à un corps étranger?* La question du lieu d'élection doit d'abord être posée. Le chirurgien doit choisir entre la trachéotomie, la laryngotomie et la laryngo-trachéotomie. Si la certitude du siége du corps étranger pouvait toujours être acquise, il faudrait sans nul doute inciser le canal aérien le plus près possible du lieu qu'il occupe. Nous admettons donc que dans quelques circonstances, la laryngotomie ou la laryngo-trachéotomie puissent être préférées à la trachéotomie, mais les corps étrangers du larynx sont rares, de plus c'est souvent une question d'urgence qui se pose alors de telle sorte que, dans la très-grande majorité des cas, on a eu recours à l'opération la plus usuelle, c'est-à-dire à la trachéotomie. L'opération proprement dite ne présente aucune indication particulière; toutes celles que nous allons examiner sont relatives à l'expulsion du corps étranger (1).

---

(1) La *laryngo-trachéotomie* a été rarement pratiquée; nous n'en avons trouvé que quatre observations. La *laryngotomie* proprement dite est d'un emploi tout aussi exceptionnel; malgré des recherches étendues, nous n'en avons que huit observations. Elle nous paraît avoir été nettement indiquée dans deux cas seulement, celui de Blandin et celui de Berr. Les corps étrangers étaient *implantés* dans le larynx. Il s'agissait d'une aiguille dans le premier cas, d'un fragment d'os dans le second. Mais à côté de ces faits on en trouve, comme ceux

Il est très-important qu'une expulsion immédiate ou rapide puisse être obtenue. Il n'est pas douteux, en effet, que la prolongation du séjour du corps étranger dans les voies aériennes après leur ouverture n'influe fâcheusement sur les résultats de l'opération. L'expulsion est souvent spontanée lorsque le corps étranger est mobile. Les expériences de Favier sur les chiens ont démontré que dès que la trachée est ouverte, le corps étranger est ordinairement lancé à travers la plaie (*Ac. de chir*, t. XIV, p. 446, in-12). Les faits observés chez l'homme ont confirmé la donnée expérimentale. Il est même plusieurs fois arrivé que des corps étrangers non expulsés au moment de l'opération ont été retrouvés dans le pansement; mais si de tels faits commandent une sage réserve dans les tentatives d'extraction, il en est d'autres qui ne peuvent permettre de toujours compter sur un tel bénéfice. L'expulsion a été vainement attendue dans treize des cas que nous avons sous les yeux. Le chirurgien pourra donc se trouver dans la nécessité de provoquer l'expulsion, et il importe d'étudier avec soin les moyens qu'il devra mettre en œuvre.

La trachéotomie est pratiquée dès le lendemain de l'accident pour extraire un haricot. Le corps étranger ne se présente pas; le chirurgien provoque alors la toux en introduisant une sonde dans la trachée, le haricot est immédiatement expulsé (Mazier, *Archiv. gén. de méd.*, 1re sér., t. XIX, p. 438). Dans une autre circonstance, c'est un caillou dont l'expulsion spontanée est vainement attendue; Pelletan fait coucher le malade sur le côté, le corps étranger est immédiatement expulsé avec force (*loc. cit.*). Il est, en effet, indiqué de mettre en usage tous les moyens qui peuvent provoquer le déplacement du corps étranger, et nous pensons que la position horizontale ou plus ou moins déclive, que les percussions du thorax pourront alors être employées avec fruit. La toux ou l'éternument pourraient aussi être directement provoqués alors, mais à condition que la muqueuse trachéale ne soit excitée qu'avec circonspection. Ce que nous avons dit des effets de l'instillation des liquides doit en faire rejeter l'emploi; l'attouchement avec un corps mousse offre moins d'inconvénients : il peut permettre dans certains cas de

---

de Marjolin et d'Armstrong, où la laryngotomie fut faite tandis que le corps étranger était dans les bronches; au point de vue de l'opération en elle-même, la trachéotomie est d'ailleurs préférable.

dégager le corps étranger. Cette exploration est souvent nécessaire d'ailleurs pour en reconnaître la position et diriger l'extraction. Elle doit alors être faite avec un corps métallique et dirigée, selon les cas, vers le larynx ou vers les bronches, et tout d'abord vers la bronche droite.

Les manœuvres dont nous venons de recommander l'emploi sont d'autant plus utiles que l'extraction a souvent été vainement tentée par des mains habiles, et que les recherches qu'elle nécessite ne sont pas exemptes d'inconvénients. Cependant, si l'on a affaire à un corps étranger enclavé, il ne faut pas hésiter après exploration préalable à chercher à le saisir avec des pinces, ou, à l'exemple de Liston (M. Lenoir, p. 51) et de Towbridge (*Sulzb. Ztg.*, 1820, 363; Th. Aronssohn, p. 46), à le dégager avec un crochet mousse. Pour les corps étrangers du larynx il suffira le plus souvent de balayer de bas en haut la cavité laryngienne. La manœuvre proposée par M. P. Guersant, le *ramonage de la glotte*, pourrait être utilisée.

Si l'expulsion du corps étranger n'a pu être obtenue séance tenante, la plaie est recouverte d'un pansement simple, et l'on prend soin de s'opposer à la réunion des lèvres de la trachée. Il n'y a en effet pas lieu d'employer les canules à trachéotomie, qui pourraient fâcheusement agir en s'opposant à l'expulsion du corps étranger ou en la rendant difficile; mais si l'indication de tenir la plaie trachéale béante se présentait, on pourrait employer un moyen analogue à ceux imaginés par Maslieurat-Lagémard, qui propose de maintenir écartées les lèvres de la trachée à l'aide d'une sorte d'érigne dilatatrice (*Gaz. méd.*, 1844, p. 755).

Le pansement mérite encore d'attirer notre attention. Dans les cas où l'expulsion n'a pas eu lieu, la cravate à trachéotomie devra être employée de préférence. Lorsque l'expulsion a été obtenue, le pansement a non-seulement pour but de protéger la plaie, mais de favoriser sa cicatrisation. L'on a à plusieurs reprises proposé d'appliquer la suture à la plaie trachéale; on s'est servi de la suture entortillée, de la suture entrecoupée, de serres fines, mais on a échoué. Jobert (de Lamballe) propose de ne comprendre dans les points de suture simple que la lame celluleuse qui entoure la trachée, et rejette celle qui comprend toute l'épaisseur de ses parois (*Mém. cit.*). La majeure partie des chirurgiens cherche seulement la réunion secondaire, ils se contentent par conséquent d'établir un pansement simple légèrement compressif; c'est, de l'avis du plus grand nombre, la méthode qui doit être conseillée. Il est utile de rappeler le

précepte posé par Dupuytren à propos du pansement, dans lequel ne doivent pas entrer des corps légers qui, comme la charpie, pourraient être aspirés par la trachée.

C. *Quels sont les résultats de l'opération?* Sur les 143 faits que nous avons étudiés, nous n'avons que 45 exemples d'opération. Le résultat brut du relevé nous indique 31 guérisons et 14 morts. Nous n'avons en aucune façon la prétention de fixer même approximativement par ces chiffres le degré de la mortalité après l'opération, il aurait fallu opérer sur un beaucoup plus grand nombre de faits (1). Nous voulons seulement chercher à nous rendre compte des conditions qui ont eu sur les résultats de l'opération l'influence la plus marquée.

Un premier fait peut d'abord être remarqué, il est tout en faveur de l'opération. Sur les 98 cas non opérés, il y a 60 morts; et sur les 38 guéris, 28, chez lesquels l'expulsion fut tardive, furent pendant plusieurs mois ou même pendant plusieurs années sous le coup des accidents sérieux que nous avons décrits.

D. *Quelles sont les conditions qui influent sur les résultats de l'opération?* Dans les 14 cas d'opération suivie de mort, il en est 6 où la suffocation avait été si répétée ou si intense, que l'asphyxie, arrivée à un degré très-avancé, ne put être conjurée, bien que, dans 3 de ces cas, l'expulsion du corps étranger ait pu être immédiatement obtenue. Le fait de l'impossibilité du rétablissement de la respiration lorsque l'hématose a été trop profondément troublée n'est pas nouveau dans l'histoire de la trachéotomie.

Un septième et un huitième malade étaient atteints, au moment de l'opération, l'un de pneumonie, l'autre de phthisie.

Chez les six derniers, l'opération fut faite dans des conditions plus favorables; mais chez trois d'entre eux, l'expulsion du corps étranger n'eut pas lieu. L'expulsion fut immédiate dans les trois au-

(1) M. Aronssohn (p. 42) a relevé 62 cas d'opération; il y a eu 50 guéris, 12 morts; un autre relevé, cité par M. Trousseau (*Acad. de méd.*, 30 novembre 1852), porte sur 96 cas; il y a eu 71 guéris, 25 morts. La proportion des guérisons est, on le voit, plus favorable que dans notre relevé. Nous ne connaissons pas la source du relevé fourni par M. Trousseau; dans celui de M. Aronssohn, plusieurs des faits complés ont été également étudiés par nous, aussi n'avons-nous pas voulu réunir ces chiffres aux nôtres.

Dans un travail publié depuis la composition de cet article (*Gazette médicale*, 1868), M. Bourdillat, sur 151 cas où la laryngotomie ou la trachéotomie ont été pratiquées, compte 92 guérisons, soit 70 pour 100.

tres; l'un de ces malades avait, depuis trente-six heures, des accès de suffocation incessants et des convulsions; il fallut extraire le corps étranger du bronche chez le second; la dyspnée était extrême; chez le troisième, l'extraction fut opérée, mais de la manière la plus simple. L'opérateur, M. Ed. Labbé, saisit au passage dans la trachée le corps étranger mobile. La trachéotomie avait été pratiquée deux ou trois heures après l'accident, et l'enfant, âgé de six ans, mourut de pneumonie.

Il semble bien évident que dans ce cas la pneumonie mortelle dont fut atteint le malade fut le fait de l'opération, et d'une opération exécutée dans les meilleures conditions. Mais remarquons que, même en ajoutant au fait de M. Labbé celui où l'extraction dut être pratiquée par M. Guersant, 12 cas nous restent où les conditions dans lesquelles fut faite l'opération, et la non-expulsion du corps étranger, rendent aisément compte de son impuissance.

Sur nos 31 cas de guérison, nous n'avons dans aucun noté des accidents particuliers antérieurs à l'opération. Vingt et une fois, l'expulsion eu lieu séance tenante; quatre fois elle fut consécutive à l'opération et se fit par la plaie; six fois on attendit en vain que le corps étranger s'y engageât; il s'échappa par les voies naturelles, alors que cependant la plaie de la trachée avait été maintenue ouverte (4 cas). L'expulsion, quoique retardée, se fit dans ces cas sous la seule influence de l'expiration; dans les deux autres, avec un flot de pus. L'influence de l'opération sur la terminaison peut être, dans ces derniers faits, considérée comme nulle. L'opération détermina dans 4 cas des phénomènes inflammatoires, trois fois de la bronchite, une fois de la pneumonie, mais ces accidents furent de courte durée et peu intenses.

Nous ne pousserons pas plus loin cette analyse, car nous pouvons dès à présent apprécier à leur juste valeur les résultats de l'opération.

Ces résultats peuvent être funestes même lorsqu'on opère dans les meilleures conditions; des accidents non mortels peuvent aussi survenir. La trachéotomie n'est donc pas *inoffensive par elle-même*, comme on a cru pouvoir l'affirmer; mais il faut bien reconnaître que les conditions dans lesquelles on la pratique ont sur ses résultats la plus directe influence.

Si nous faisons un moment abstraction des cas où elle a été pratiquée dans de fâcheuses conditions, nous voyons en effet que, sur 35 cas, il y a eu 29 guérisons. Dans les 6 morts, 1 seul peut

d'une façon certaine être mis sur le compte des suites de l'opération ; la non-expulsion du corps étranger dans 3 cas, des accidents graves antérieurs à l'opération dans les 2 autres, peuvent être accusés à aussi bon droit que l'opération. Ce qui s'est passé dans la majeure partie des cas où l'opération a été faite avant que des accidents trop prolongés ou trop graves se soient manifestés, et lorsque le corps étranger a pu facilement et promptement être expulsé, vient, en effet, déposer bien clairement en faveur de l'opération.

Les conditions qui influent sur ses résultats sont donc : premièrement et surtout les accidents antérieurs, asphyxie ou lésions pulmonaires ; secondement, la non-expulsion ou la difficile expulsion du corps étranger. Son état fixe ou mobile doit encore une fois, nous le voyons, être pris en sérieuse considération.

Le moment où l'opération est pratiquée n'a qu'une influence indirecte sur le résultat ; la durée du séjour du corps étranger favorise seulement les accidents primitifs et consécutifs, et peut, d'autre part, rendre moins favorable les conditions de l'expulsion, en permettant au corps étranger de devenir fixe. Aussi pouvons-nous citer des cas de guérisons obtenues chez des sujets opérés le dixième, le onzième, le dix-huitième, le quarantième jour, chez lesquels le séjour prolongé du corps étranger n'avait pas encore amené de fâcheux désordres ; tandis que des opérations faites de très-bonne heure dans de mauvaises conditions n'ont pu conjurer la mort.

On peut donc établir en principe que l'opération peut être faite *à toutes les époques* sans infirmer, tant s'en faut, la règle qui veut que l'on opère *le plus tôt possible.*

Nous ajouterons que l'opération peut être faite dans *toutes les conditions.* La gravité des accidents, bien que devant compromettre le résultat, ne dispense pas le chirurgien du devoir d'opérer. Il peut d'autant moins refuser au malade ce dernier secours, que, dans les cas de corps étrangers, c'est ordinairement à des phénomènes asphyxiques qu'il a affaire. Seules des lésions très-graves du poumon pourraient fournir une contre-indication absolue.

CHIMIE ET PHARMACIE

Incompatibilité du sulfate de fer officinal avec certaines infusions végétales.

En 1860 et 1867, notre collègue Roussin, professeur agrégé à l'école du Val-de-Grâce, a rappelé, dans un travail qu'il a présenté à la Société de pharmacie de Paris, que le sesquioxyde de fer forme un précipité dans les dissolutions de gomme arabique; son but était de donner le moyen de reconnaître si le sirop qui porte ce nom en contient, et d'en déterminer la quantité.

Nous avons reconnu que le mucilage contenu dans les végétaux offre un phénomène analogue, lorsqu'il est en contact avec le protosulfate de fer.

Si nous signalons ces faits, c'est pour prévenir les médecins qu'en prescrivant, comme cela a eu lieu, une décoction de racine de guimauve dans laquelle on avait ajouté une dissolution de sulfate de fer officinal; il s'y était formé une décomposition qui ne permettait plus de compter sur une action thérapeutique, et puis, l'aspect du médicament n'étant plus ce qu'on pourrait supposer, on serait en droit de croire à une erreur ou à un défaut dans la manipulation.

Les substances sur lesquelles nous avons opéré ont dû bien certainement être analysées; cependant, pour avoir la preuve qu'elles ne contiennent pas de tannin, nous les avons traitées de la manière suivante :

Nous avons mis dans divers flacons des fleurs de tilleul, de bourrache, de guimauve, de tussilage, de pied-de-chat; dans d'autres, des feuilles de molène, de mauve, de guimauve; dans d'autres, de la racine de guimauve, de nénuphar; nous avons rempli les flacons d'alcool rectifié.

Après huit jours de macération, le liquide fut décanté, les fleurs séchées à l'étuve; toutes ces substances furent infusées dans de l'eau distillée bouillante.

Dans chacune des infusions nous avons versé une solution de protosulfate de fer ou de perchlorure de fer au trentième; dans toutes il s'est formé un précipité noir plus ou moins abondant.

Nous avons répété cette expérience sur quelques bois officinaux, il n'y avait qu'une légère coloration.

L'observation que nous signalons démontre que, dans les analyses des feuilles ou des fleurs, on doit s'assurer si la coloration qu'on obtient avec le sulfate de fer est due à du tannin ou à du mucilage. On arrivera à ce résultat en traitant d'abord la substance par de l'alcool rectifié.

La mucilage végétal a un caractère tout spécial : il précipite en noir avec le sulfate de fer, tandis que la gomme arabique donne, avec le sesquioxyde de fer, un magma rougeâtre gélatineux.

Lorsqu'on désire savoir si le sirop de guimauve est réellement fait comme le prescrit le Codex, où lui ajoute de l'oxyde de calcium ; il se colore en jaune citron, ce qui n'a pas lieu si le sirop n'est fait qu'avec du sucre.

Nous avons reconnu que la guimauve n'a pas seule cette propriété : les infusions aqueuses de tilleul, de bourrache, de feuilles d'oranger, et bien d'autres, offrent le même caractère. Les chimistes savent que toutes les infusions végétales subissent une réaction chimique lorsqu'on leur ajoute de l'ammoniaque ; elles se colorent en modifiant leur composition chimique, mais elles n'ont pas cet aspect que donne la chaux. Stanislas MARTIN.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Spina bifida énorme ; opération par l'injection ; guérison prompte.

La guérison du spina bifida, quand elle peut être obtenue, en raison de sa rareté, est en médecine un fait important. Ajouté à ceux en petit nombre qui ont été publiés par MM. Velpeau, Brainard et autres, ce fait devient à la fois un enseignement pratique, et pour les chirurgiens un encouragement à ne pas désespérer de la science devant un vice de conformation redoutable, et du salut d'une multitude d'enfants voués à une mort certaine, lorsqu'ils ne sont secourus ni par l'art ni par la nature.

Ces considérations me décident à livrer à la publicité l'observation remarquable d'un spina bifida, que j'ai opéré il y a trois ans avec un succès complet dans notre hôpital. Voici cette observation : si elle n'a pas le mérite de la nouveauté, elle aura celui de se présenter aux lecteurs avec le certificat authentique d'une guérison confirmée par le temps.

Louise Girard, âgée de six semaines, née à Bohas, canton de Ceyseriat, me fut présentée le 22 juin 1865. Elle appartient à des parents jeunes et d'une belle santé, elle est bien portante, a la tête parfaitement conformée, et jouit de l'intégrité de toutes ses fonctions organiques. Mais elle porte dans la région fessière une tumeur congénitale énorme, qui s'étend de la fin du sacrum au tiers inférieur des deux cuisses, mesure en ce sens, en arrière, 22 centimètres, 18 centimètres en avant de la vulve à son sommet, et 15 centimètres transversalement. C'est une sorte de cône aplati antérieurement, ayant sa base perdue dans le détroit inférieur, et son sommet tronqué en bas ; recouvert partout par la peau avec sa couleur et son épaisseur normales, excepté sur un seul point qui correspond au coccyx. Là, en effet, on remarque une surface de la dimension d'une pièce de deux francs, qui offre l'aspect d'une cicatrice en tout semblable à celles que laissent les plaies produites par la potasse caustique.

La tumeur, toujours dure et tendue, le devient davantage quand l'enfant est tenue debout et surtout quand elle pousse des cris. Les deux mains appliquées sur cette vaste poche, réduisent un peu son volume par une forte pression, et perçoivent une fluctuation obscure dans la supination ; la tumeur faisant l'office d'un coussin, soulève le bassin qui roule sur elle, comme sur une vessie pleine d'air ou d'eau, quand la petite fille est assise.

La saillie et la forme des fesses sont complétement effacées ; les grandes lèvres et la vulve occupent leur position ordinaire, mais l'anus est déplacé, il se trouve en avant sur le prolongement de la vulve, parce que le périnée est devenu vertical et il s'ouvre au centre de la face antérieure de la tumeur, dans laquelle, au premier coup d'œil, il paraît communiquer. En parcourant de haut en bas la gouttière sacrée avec le doigt, on sent une lame osseuse qui va rétrécissant et se termine par une véritable pointe.

La lésion que j'ai sous les yeux est donc évidemment une hydrorachis. Afin de donner à ce diagnostic plus de certitude, je pratique une ponction exploratrice à l'aide d'un trocart capillaire qui fournit issue à un liquide limpide, ténu dont je retire environ 40 grammes; traité par l'acide nitrique, ce liquide ne produit qu'un très-faible précipité d'albumine. La poche morbide, moins pleine, son exploration devient plus facile ; je peux suivre sans peine, dans toute son étendue, la lame osseuse dont j'ai parlé plus haut, et, passant le doigt indicateur sous sa face profonde,

reconnaître la présence d'une seconde lame osseuse plus large, à courbure antérieure formant un second coccyx. Explorant ensuite en haut avec précaution, je rencontre un hiatus qui n'est autre chose qu'une ouverture anormale du canal sacré, et dès lors il devient certain que les deux lames osseuses représentent l'extrémité inférieure du sacrum et le coccyx divisés en deux parties dans le sens de leur longueur.

Le diagnostic ainsi établi, je fis le lendemain, 23 juin, à neuf heures du matin, l'opération suivante :

L'enfant étant fixée en pronation sur les genoux d'un aide, le doigt d'un autre aide refoula la peau et fut appliqué aussi exactement que possible entre les deux lames osseuses, contre l'ouverture anormale du rachis. J'enfonçai alors un très-petit trocart dans le sommet de la tumeur, que je vidai complétement; puis un troisième aide, formant avec l'indicateur et le médius de chaque main une espèce de double pince, en étreignit toute la base, et, après m'être assuré par ces dispositions contre la pénétration dans le canal rachidien de la liqueur que j'avais l'intention d'employer, j'injectai 30 grammes d'un mélange ainsi composé :

Pr. Eau distillée..........................	40 grammes.
Teinture d'iode..........................	10 —
Iodure de potassium..................	10 centigr.

Le liquide de l'injection fut laissé pendant cinq minutes dans le sac que je malaxai à plusieurs reprises avec la main, puis, retiré jusqu'à la dernière goutte, en l'aspirant à l'aide de la seringue qui l'avait introduit.

L'enfant resta pâle, poussa des cris plaintifs, refusa le sein jusqu'à sept heures du soir; on crut à chaque instant qu'elle allait mourir. Mais à ce moment, les souffrances se calmèrent, son visage se colora, elle teta avec appétit et dormit d'un sommeil assez tranquille pendant une partie de la nuit. En quarante-huit heures, la tumeur reprit environ le quart de son volume, devint dure et douloureuse; à dater du 26, trois jours après l'opération, elle commença à décroître et chaque jour son mouvement rétrograde fut si actif, que le 7 juillet il ne restait plus qu'un noyau solide, égalant à peine la grosseur d'une noix. Au reste, l'état général de l'enfant ne laissait rien à désirer, sa santé était excellente, elle est sortie de l'hôpital le 8 juillet.

Rapportée dans mon cabinet le 15 août suivant, j'ai constaté

avec la plus vive satisfaction que sa guérison était parfaite, qu'il ne restait plus sur la région fessière que la peau encore relâchée et sillonnée de grosses et nombreuses rides. Depuis cette époque, j'ai eu chaque année plusieurs fois des nouvelles de ma petite opérée, qui ne conserve aucune trace de sa redoutable maladie.

Maintenant si on me demande à quelles causes j'attribue le succès d'une opération qui échoue si souvent entre les mains des meilleurs chirurgiens, je crois pouvoir répondre que ces causes sont : 1° les proportions modérées de la liqueur d'injection ; 2° l'évacuation complète du liquide que contenait le sac hydrorachidien, évacuation qui a conservé au médicament toute son activité ; 3° aux précautions excessives que j'ai prises pour empêcher la solution iodée non-seulement de pénétrer dans le canal rachidien, mais même de l'aborder de trop près ; 4° au retrait jusqu'à la dernière goutte, de la liqueur injectée, dans le double but d'empêcher l'inflammation de s'élever à un trop haut degré et d'éviter le transport, par la rétraction des tissus, d'un reste de la solution irritante vers l'ouverture du canal.

Dr Roux, médecin à Meximieux.

BIBLIOGRAPHIE.

Congrès médical international de Paris. Août 1867.

Assurément ce serait se faire une complète illusion que d'espérer que les congrès, qui sont désormais et irrévocablement entrés dans les mœurs de la science, soient appelés à résoudre les problèmes dont la solution a été vainement poursuivie dans mille et une autres voies. Avant que la presse eût ouvert une carrière illimitée au travail solitaire, les congrès, si on en eût eu la pensée, eussent servi bien plus efficacement qu'aujourd'hui à la diffusion des vérités, des vérités pratiques même ; mais maintenant que ce moyen de divulgation facile est à la main de tous ; que la presse exerce sur elle-même et par elle-même un contrôle incessant ; que les sciences même les plus lentes dans leur évolution ont mille échos quotidiens qui suffiraient à porter aux quatre coins de l'horizon la fameuse ration intellectuelle d'*une vérité par jour*, les congrès, il ne servirait à rien de le méconnaître, sont appelés à exercer une bien moindre influence sur l'évolution de la science, sur l'évolution des

sciences. Est-ce à dire pourtant que du concours, à une heure donnée, d'une foule d'intelligences à l'élucidation de questions bien délimitées, il ne puisse sortir quelques lumières qui ne se produisent quelquefois dans les livres qu'à demi voilées, parce qu'elles manquent de l'accent du verbe, du *qu'il soit fait*, comme le dit quelque part Kant? Non, certainement; et, dans l'intérêt du progrès de la science, nous aimerions mieux qu'on s'exagérât l'influence de ces Olympiades modernes, pour répéter une expression de M. Bouillaud, dont la dernière idée sera à coup sûr une image, qu'en voir trop restreindre la portée. Voyez, par exemple, quel retentissement eût eu la discussion qui s'engage actuellement entre MM. Virchow et Robin sur une des questions fondamentales de la physiologie et de la pathologie, sur la question de savoir si les faits de nutrition, de formation, etc., sont irréductibles, ou si, allant plus loin qu'eux, par voie de déduction, par voie intuitive même, on n'arrive pas à une expression plus reculée encore de la vie; voyez, disons-nous, quel retentissement eût eu cette discussion si, au lieu de se produire dans un simple journal, elle eût éclaté en plein congrès et que la parole, comme une lave brûlante, eût fait briller aux yeux de tous les lumières d'intelligences également supérieures. A ces extrêmes limites de la connaissance empirique plusieurs s'arrêtent systématiquement, beaucoup plus, faute d'ailes. Nous sommes convaincu que l'illustre professeur de la Faculté de médecine de Paris relèvera le gant qui lui est jeté par l'éminent professeur de Berlin, et que nous assisterons quelque jour à une des discussions les plus profondes dont il nous ait été donné d'être témoins. Mais arrachons-nous aux séductions de ce congrès idéal et revenons au congrès en chair et en os dont le magnifique volume édité par MM. Asselin et Masson nous apporte les utiles informations.

On se le rappelle, une commission dont l'âme était M. Jaccoud, prépara à l'avance et publia le programme des questions qui devraient être agitées au sein du congrès. Ces questions, judicieusement choisies pour y intéresser plus que le public médical lui-même, et assurer aux discussions qu'elles devaient provoquer un écho plus étendu, sont aussi nombreuses que variées dans leur objet toujours intéressant. Nous en indiquerons quelques-unes qui, par les vues originales qui y ont été émises, nous paraissent devoir surtout fixer l'attention. Nous ne ferons que marquer ici la place de la première de ces questions dont se soit occupé le congrès, celle

de la genèse des tubercules, et tous les corollaires qui s'y rattachent. C'est à cette occasion que M. Villemin a émis sur cette question de pathologie les idées originales que tout le monde connaît aujourd'hui. Si depuis cette époque, et par un progrès naturel à l'esprit de recherche, où l'on n'a que la vérité pour but, le savant médecin du Val-de-Grâce a modifié en une certaine mesure les conclusions qu'il avait tout d'abord formulées, cette discussion à laquelle ont pris part MM. Herard, Empis, Cornil, Crocq, Friedreich, Lombard, Lebert, Marmisse, etc., etc., y a certainement contribué. Quoi qu'il en soit à cet égard, cette large discussion n'en reste pas moins comme un des témoignages les moins équivoques de l'utilité réelle de ces brillantes joutes scientifiques.

Une autre question non moins importante que celle que nous venons de rappeler est la question relative à la prophylaxie des accidents généraux qui entraînent la mort après les opérations chirurgicales, et que le judicieux et savant chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, M. le docteur Bourgade, nous paraît bien près d'avoir résolue. On sait que ce travail, présenté sans emphase et sans fracas, a été couronné par le congrès, et que la prophylaxie simple, dont il démontre l'efficacité, consiste dans le badigeonnage des plaies par le perchlorure de fer. Mais il faut lire ce court et substantiel mémoire dans le livre même dont nous nous occupons en ce moment pour en bien mesurer la portée pratique. Les recherches précises de MM. Leudet, Joulin, du professeur Fay (de Christiania), de Vogt, de Mayer, etc., sur la menstruation ne manquent assurément pas d'intérêt; mais c'est là une de ces questions qui, dans l'état de la science tout au moins, piquent plus la curiosité qu'elles n'intéressent notre art secourable; passons. Il n'en est pas de même d'une autre question, celle de la prophylaxie des maladies vénériennes, qui a été, dans le congrès international de Paris, l'objet d'une grave et solennelle discussion. Quand on lit attentivement les documents fournis sur ce point capital d'hygiène publique par MM. Crocq, Jeannel, de Méric, Rollet, on ne peut s'empêcher de reconnaître qu'il y a là, suivant un mot consacré, quelque chose à faire. Qu'on arrive jamais à tarir la source de ces maladies, nous en doutons; mais ce dont nous ne doutons pas, c'est que le jour où on le voudra, mais d'une volonté plus qu'administrative, on arrivera, au grand profit de la pureté des générations, à en restreindre singulièrement les ravages. Malheureusement ici, comme en beaucoup de questions, ceux qui *voient* ne *peuvent* pas, et ceux qui

pourraient ne *voient pas*. Malgré ces obstacles qui nous barrent la route, n'en continuons pas moins à y marcher et à marquer le but d'une main ferme. Il était inévitable que, dans cette grave discussion, le promoteur de la syphilisation parmi nous cherchât à préconiser cette méthode. C'est ce qui est arrivé en effet ; mais un maître dans l'art de la dialectique de la science, M. Jaccoud, a foudroyé, je ne retire pas le mot, cette pratique barbare qui se place à côté de celle des Caracas du Brésil, et dans laquelle on prétend guérir la lèpre en faisant piquer les malheureux atteints de cette hideuse maladie par des serpents à sonnettes. Il y a du Turenne dans M. le docteur Auzias, qui a en même temps et de la volonté et une belle intelligence ; mais Turenne n'est pas resté éternellement cloué sur l'affût de son canon à Metz ; que notre savant confrère imite son demi-homonyme ; qu'il se réveille de son idée fixe ; qu'il ne s'endorme pas sur l'affût de sa syphilisation, et qu'il applique ses brillantes facultés à l'élucidation de questions moins usées. Il y aura à la fois profit pour la science et pour lui-même, que nous verrions avec peine continuer à se gaspiller dans une œuvre stérile.

Bien d'autres problèmes dont la solution est encore à trouver ont été agités dans ces solennelles assises de la science désintéressée. Nous espérons que ce que nous en avons dit suffira pour exciter la curiosité des lecteurs de ce journal, que les exigences tous les jours plus grandes de la vie en ont tenus éloignés, et qu'ils voudront méditer les féconds enseignements que contient l'ouvrage dont nous venons de parler. C'est en 1869, paraît-il, et en Italie, qu'aura lieu le prochain congrès. Une voyage en Italie, avec une telle perspective, quelle tentation ! Que ceux qui pourront céder à cette brillante séduction se préparent à la lutte en lisant le *Congrès médical international de Paris*. N'y apprissent-ils que la tactique des choses, si l'on veut bien nous permettre ce mot, que cela suffirait pour qu'ils s'applaudissent un jour d'avoir suivi notre humble conseil.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Leçon d'ouverture de M. Constantin Paul, agrégé, suppléant de M. le professeur Bouillaud. — Messieurs, la Faculté de médecine possède pour l'enseignement des maladies internes deux ordres de chaires, des chaires de pathologie et des chaires de clinique

Quelles sont donc les attributions plus spéciales du professeur de clinique, ou, si vous aimez mieux, quel est le but de la clinique et quelle est sa méthode ?

Cherchons d'abord quel est le but de la clinique et voyons en quoi il diffère du but que se propose la pathologie.

La pathologie commence par l'examen d'individualités morbides, elle recueille, comme nous disons, des observations, et quand elle en a réuni un grand nombre, elle fait l'histoire de chaque maladie en particulier, c'est-à-dire la pathologie descriptive ou nosographie. La pathologie ne s'arrête pas là ; elle cherche entre ces différentes maladies les analogies et les différences, et procède alors aux classifications. S'élevant plus haut encore, elle cherche à établir la cause et le mode de production des maladies, puis enfin, arrivant à des considérations plus élevées et plus générales, elle détermine les lois générales qui régissent les phénomènes morbides, elle constitue ce qu'on appelle *la pathologie générale*.

La clinique au contraire a pour but non plus le général, mais le particulier, le réel, le concret, l'individu ; elle cherche à connaître le malade, à prévoir son avenir, et, s'il se peut, à le soulager et à le guérir.

Il y a donc entre la pathologie et la clinique une différence facile à formuler. La pathologie est une science, elle est par conséquent désintéressée, et plus elle progresse, plus elle s'élève vers une abstraction. La pathologie est donc impersonnelle, elle est mieux représentée par une génération que par un individu. La clinique au contraire est un art, elle a pour but l'action, elle cherche à protéger, soulager ou guérir l'individu, elle est personnelle dans son but et personnifiée dans le médecin ; aussi la clinique varie-t-elle avec le clinicien : autant vaut le clinicien, autant vaudra la clinique.

Abordons maintenant le second problème ; quelle est la méthode de la clinique ?

La clinique, avons-nous dit, se propose trois choses : 1° reconnaître l'état du malade, c'est-à-dire établir le diagnostic ; 2° prévoir l'avenir du malade, faire le pronostic ; et 3° prescrire les moyens thérapeutiques. Examinons en détail chacune de ces trois opérations :

Pour bien faire le diagnostic, il faut d'abord remonter dans les antécédents du malade jusqu'à l'époque de sa santé complète. Il faut établir d'abord quel était son état physiologique pour juger sainement de son autre état, de son état pathologique.

Cette base une fois établie, on constate, soit par le récit du malade, soit par l'examen objectif, trois ordres de phénomènes : 1° les lésions fonctionnelles; 2° les altérations des produits de l'organisme, et en troisième lieu les altérations anatomiques qui peuvent être constatées par les sens seuls ou armés des moyens si précis qu'ont donnés les sciences physico-chimiques.

Cette première opération une fois faite, le clinicien cherche à subordonner ces différents phénomènes, à établir leur enchaînement, et détermine ainsi les syndromes et les états organo-pathiques.

Pour une certaine école, le diagnostic s'arrête là ; pour nous, il doit arriver à une détermination plus élevée, celle de la maladie.

Or, comme, en ce moment même, les cliniciens sont divisés sur ce point en deux écoles, je désire vous exposer en quelques mots ce que sont ces deux écoles et pourquoi je me considère comme un représentant de l'une d'elles.

A la fin du siècle dernier, messieurs, Pinel, qui avait, à Montpellier, suivi l'école nosologique de Sauvages, vint à Paris et s'y fit connaître d'abord par une traduction de Cullen, le représentant de la même école en Angleterre. Il y fut bientôt remarqué et nommé, en 1792, médecin de l'hospice de Bicêtre, et appliquant à la description des maladies la méthode de l'analyse, il apporta dans la nosographie une telle clarté, que sa méthode se répandit bientôt et que l'école l'appela dans son sein, si bien qu'au commencement du siècle, les médecins étaient plus occupés à décrire les maladies comme des espèces botaniques qu'à regarder de près les malades.

Aussi, quand les travaux de Bordeu et de Bichat sur l'anatomie générale des tissus vinrent à paraître et qu'on fit les premières tentatives de la physiologie expérimentale, le besoin d'une réforme se faisait sentir. Alors parut un homme d'une grande intelligence, d'un talent remarquable d'écrivain et d'orateur, d'un tempérament ardent et passionné. Cet homme, c'était Broussais ; il arrivait à propos.

Plein d'enthousiasme pour les découvertes toutes récentes de l'anatomie générale et de la physiologie expérimentale, Broussais voulut non pas les faire servir à l'étude plus approfondie de la médecine, mais y enfermer la médecine tout entière. Il suffit, disait-il, de connaître quel est l'organe souffrant et comment il souffre, l'anatomie pathologique et la physiologie expérimentale suffiront pour cela.

Broussais nia donc la maladie, et pour lui il n'y eut plus ni pronostic ni thérapeutique, et, par conséquent, ni matière médicale.

Broussais fut bientôt suivi par Rostan, MM. Bouillaud, Piorry, etc., et l'organicisme devint la doctrine de la Faculté de Paris. Pourtant, si Broussais était le maître de tous, il ne fut bientôt plus accepté comme tel, sa négation de la thérapeutique le fit abandonner, et tellement, que les plus fervents défenseurs de l'organicisme oublièrent à qui ils le devaient. Seul de ses successeurs, M. Piorry conserve encore, dans sa verte vieillesse, ses convictions pleines et entières.

Pourtant il y eut une véritable réaction contre Broussais et les partisans de l'organicisme, du physiologisme, mais c'est surtout en dehors de la Faculté que se fit cette réaction.

Bretonneau, l'un des premiers, puis Récamier, Cayol, Gendrin, Trousseau, Pidoux, Bazin, Teissier, J. Bouley et la plupart des médecins des hôpitaux, qui avaient suivi les leçons de M. Bazin, devinrent le foyer d'une école qu'on peut, par opposition aux précédentes, nommer clinique.

Ces observateurs, tout en profitant des précieuses découvertes de la science moderne, ne voulurent point abandonner l'idée supérieure de la maladie. Je n'ai pas à vous faire l'histoire des travaux de ces savants, ils sont connus de tous ; mais je veux vous parler de quelques-uns. Pendant que Trousseau s'associait MM. Gouraud et Lebaudy pour fonder un journal, il s'adjoignait M. Pidoux pour défendre avec lui cette même doctrine en thérapeutique. D'autre part, MM. Teissier, J. Bouley et Bazin voulurent s'associer pour une réforme semblable.

Teissier, en voulant combattre l'organicisme des broussaisiens, se trouva ramené au nosologisme par son esprit mystique, et retournant dans le passé, recula jusqu'au moyen âge, jusqu'à saint Thomas dont il fit son patron.

J. Bouley, érudit et patient, tenta de refaire un traité de pathologie générale. Il entassa texte sur texte, réunit la quintescence de la tradition médicale, éclaircit les idées, les formula d'une manière nette et précise, et nous aurait donné le plus beau traité de pathologie générale qui ait été vu, si son extrême timidité et, il faut bien le dire, sa paresse pour écrire ne l'eussent arrêté quand le travail principal était fait. M. Bazin, plus persévérant, appliqua ces idées à l'étude des affections de la peau, et il a si bien réussi que son en-

seignement, qui est aujourd'hui l'un des plus beaux titres de gloire de la clinique française, est un véritable modèle dans le genre.

Pour me résumer, je dirai que la réforme de Broussais, fondée sur l'anatomie pathologique et la physiologie expérimentale, précieuse au plus haut titre pour la pathologie, c'est-à-dire pour la science, a été stérile pour la clinique, c'est-à-dire pour l'art ou la pratique ;

Que l'école clinique, qui ne s'est pas tenue à regarder les lésions, mais est remontée à l'unité supérieure de la maladie, a permis de reconnaître qu'une même lésion variait encore suivant les différentes maladies et pouvait conduire au diagnostic complet, c'est-à-dire à celui qui mène au pronostic et au traitement.

Arrivons maintenant au pronostic. Le pronostic est un problème essentiellement individuel, il se prête mal aux généralités et il se base sur trois considérations :

1° Sur la nature de la maladie;

2° Sur l'importance de la fonction atteinte;

3° Sur l'étendue des lésions.

Il considère ensuite les forces du malade, ses conditions de résistance, ses maladies antérieures et ses tendances pathologiques.

Quant à la thérapeutique, elle s'est toujours partagée en deux écoles, d'un côté les systèmes et de l'autre la tradition. Les systèmes ont commencé avec Themison. Ce chef d'école rejeta l'observation pour ne plus faire que de la théorie. Suivant lui, il n'était plus besoin de distinguer les maladies par leurs symptômes.

Tout se réduisait à savoir si le corps était dans un état de strictum ou de laxum; il est vrai que pour les cas douteux il se tirait d'affaire, il admettait un troisième état, le mixtum.

Pour remplir ces deux indications, resserrer ou relâcher, il ne fallait pas une matière médicale encombrée : il rejeta donc les poisons, les purgatifs et tous les évacuants, même les évacuations chirurgicales, et dans son exclusion il alla jusqu'à proscrire le diacode, dont il était l'inventeur.

Le second systématique, Galien, admit quatre états correspondant aux quatre éléments : la terre, l'eau, l'air et le feu, c'est-à-dire les solides, les liquides, la vapeur et le feu; il y eut de même quatre états : le sec, l'humide, le froid et le chaud; et quatre ordres de médicaments à opposer à ces affections : le chaud contre le froid, le sec contre l'humide, etc.; mais on corrigeait ces médicaments les uns par les autres : les chauds par les froids, les secs par les hu-

mides, etc. C'est cette classe de médicaments correctifs qui porta le nom d'*altérants*.

A la renaissance, on fit un retour vers l'empirisme, et l'on retomba, au siècle dernier, dans les systèmes. A la suite de la découverte de l'irritabilité, Brown ne voulut plus voir qu'excès ou défaut d'irritabilité, comme au commencement de ce siècle on ne vit plus qu'acides et alcalins; puis les Italiens, avec Rasori renversant la doctrine de Brown, ne voulurent plus voir que stimulants et contre-stimulants. Enfin Broussais, vous le savez, ne vit plus qu'irritation.

Remarquez, messieurs, que tous les systématiques ont un côté commun, c'est qu'ils n'ont pas de matière médicale.

L'autre école est celle de l'empirisme, qui ne s'appuie plus sur les théories, mais bien sur l'observation, et qui peu à peu recueille les découvertes pour constituer ce que nous appellerons *le trésor des vérités acquises*.

Permettez-moi de vous citer les différentes méthodes suivies successivement par les empiriques, vous verrez qu'elles se succèdent dans un ordre très-logique. La première est celle d'Hippocrate, c'est la méthode du sens commun. Si une maladie est légère, sans danger et peu douloureuse, il faut la laisser suivre son cours. De même, si elle est fatalement mortelle ou arrivée à l'agonie.

Si la maladie n'a ni cette bénignité ni cette gravité, prendre, pour la guérir, les procédés qu'ont suivis les maladies dans les cas de guérison spontanée.

La seconde méthode est celle de Paracelse. Si, dit-il, une plante est desséchée et qu'on la fasse revivre en lui donnant de l'eau, ce n'est pas parce que l'humide est opposé au sec, mais parce que cette eau vivifie le germe et nourrit les racines. La seconde méthode, celle de Paracelse, consiste donc à soutenir le malade pendant l'évolution de la maladie. Il avait ensuite étudié les spécifiques, mais leur véritable défenseur, c'est van Helmont.

La troisième méthode est donc celle des spécifiques, ou mieux encore, celle des médicaments empiriques, c'est-à-dire ceux dont l'action thérapeutique est mieux connue qu'expliquée.

Jusqu'ici toutes les méthodes thérapeutiques ont été des méthodes d'ensemble s'adressant à la maladie tout entière ou à l'individu tout entier. Les modernes ont été plus modestes : Barthez, appliquant à la médecine la méthode de l'analyse, a cherché à décomposer les maladies en un certain nombre d'éléments, qu'on attaquerait iso-

lément. C'est la médecine analytique, qu'il ne faut pas faire descendre, comme on l'a fait, en la poussant jusqu'à chercher un médicament par symptôme. C'était là, en effet, son écueil, et la thérapeutique analytique serait tombée dans les détails, où elle se serait peut-être noyée, si elle ne venait de trouver dans les expériences faites sur les animaux une force nouvelle.

Nous ne négligerons donc aucune de ces ressources données par les générations qui nous ont précédés, et nous irons chercher jusque dans la toxicologie expérimentale tout ce qui pourra contribuer à guérir ou tout au moins à soulager nos malades.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Des erreurs et préjugés concernant le traitement de la rougeole et de la scarlatine. M. Scoutetten conseille le traitement suivant :

La maladie a une durée limitée, de huit à neuf jours ; si aucune complication ne survient, on doit se borner à observer la marche de la maladie, favoriser la régularité de toutes les fonctions. Comme nous ne connaissons pas la nature du mal, il nous est impossible d'agir sur lui ; nous devons donc surveiller les organes malades et combattre par les moyens antiphlogistiques ordinaires les accidents inflammatoires lorsqu'ils prennent des proportions trop fortes. Au moyen thérapeutique on peut substituer, souvent avec grand avantage, l'emploi méthodique de l'eau froide. « Ce n'est pas sans mûre réflexion, ajoute M. Scoutetten, et surtout sans avoir acquis par une longue expérience la certitude que ce moyen donne des résultats supérieurs à tous les autres, que je le mets en relief, et que je propose de le substituer à ceux habituellement employés, lorsqu'il y a nécessité de faire cesser des accidents qui troublent la marche régulière de la maladie. »

C'est un vain préjugé qui fait redouter au public et aux médecins toutes les causes de refroidissement dans la rougeole et la scarlatine. Les médecins distingués dont les ouvrages font encore autorité dans la science ont signalé l'emploi de l'eau froide comme un moyen très-efficace. Parmi les Allemands, Hufeland, Frœlich, Frédéric Hoffmann ; chez les Anglais, les docteurs Wright et Currie ; en Italie, Giannini ont préconisé ce traitement.

L'auteur passe ensuite *aux modes d'application des moyens hydrothérapiques.*

La maladie suit-elle son cours régulier, il n'y a rien à faire : mais survient-il de l'agitation, l'éruption s'arrête-t-elle, il y remédie comme il suit : « Une serviette est trempée dans de l'eau froide contenue dans une cuvette, on comprime cette serviette suffisamment pour que le linge ne soit plus que fortement humide, et on en frotte toutes les parties du corps mises successivement à nu. » Si un seule friction ne suffit pas on en fait une seconde ; puis le malade est enveloppé dans une couverture de laine comme un enfant au maillot. Alors la réaction s'opère et il est *rare, très-rare,* que l'éruption ne soit pas complète dès le soir même.

S'il y a une angine simple, il faut appliquer sur le cou en forme de cravate une serviette trempée dans l'eau froide et la renouveler dès qu'elle s'échauffe.

Troisième période. — *Convales-*

cence et traitement préventif des accidents consécutifs.

Plusieurs accidents peuvent survenir pendant la convalescence des maladies éruptives qui nous occupent; de là les précautions les plus minutieuses pour en sauvegarder les jeunes malades, telles que séjour au lit le plus longtemps possible, défense de quitter la chambre pendant au moins quarante jours, etc., précautions dont on peut facilement se dispenser si l'on suit les conseils qu'il indique. Pendant la maladie l'épiderme a été soulevé, la transpiration cutanée ne se fait plus qu'incomplétement et même s'arrête si la peau est brusquement refroidie ; les reins et les membranes séreuses sont alors obligés de suppléer la peau dans ses fonctions ; de là des épanchements séreux dans les plèvres, le péritoine, le tissu cellulaire de la peau et l'albuminurie Pour éviter tous ces accidents il faudrait débarrasser la peau de l'épiderme desséché, ce qui s'obtient facilement en frictionnant tout le corps du malade avec de l'huile d'amandes douces.

Un dernier conseil que nous donne l'auteur est celui de supprimer le purgatif que l'on a coutume d'administrer pendant la convalescence de la scarlatine ou de la rougeole. M. Grisolle, qui combat les affusions froides dans ces maladies, se trouve ici d'accord avec notre auteur. Trousseau ne condamne pas les affusions froides, mais il les veut de quelques secondes et appliquées au moment convenable; les immersions prolongées et les applications de glace sur la tête sont énergiquemant prescrites par lui. (*Mouvement médical.*)

Emploi du bromure de potassium à haute dose contre l'épilepsie. M. le docteur Legrand du Saulle, médecin de Bicêtre, vient de publier une étude sur le pronostic et le traitement de l'épilepsie. Nous en extrayons la partie pratique, celle qui a trait spécialement au traitement. Cette note vient compléter les nombreux travaux sur le bromure de potassium, insérés dans ce recueil qui a été le premier en France à préconiser ce précieux médicament. (Voyez les articles de Gubler, Debout, Vigouroux, Voisin, Martin-Hamourette et Pelvet)

Ce fut en Angleterre, en 1861, que l'on constata pour la première fois l'utilité du bromure de potassium dans l'épilepsie. Sur 15 cas, sir Ch. Locock obtint 14 succès. Radcliffe et Brown-Séquard imitèrent à l'envi leur devancier et publièrent un peu plus tard des observations extrêmement significatives. A l'asile de Northampton, le docteur Williams soumit trente-sept épileptiques à la médication bromurée, et trente malades virent leurs attaques s'éloigner considérablement. Robert M'Donnel fit connaître ensuite les résultats très-encourageants de sa pratique, et il fit observer avec justesse que *les médecins n'osaient pas prescrire le bromure de potassium ou en prescrivaient des doses beaucoup trop faibles* [1].

En France, en 1864, M. Blache guérit, à l'hôpital des Enfants-Malades, un jeune garçon de dix ans qui avait toutes les nuits des accès d'épilepsie. Le sel de brome fut employé à la dose de 1, 2 et 3 grammes. Presque à ce même moment, MM. Bazin et J. Besnier publièrent trois observations suivies de guérison [2]. L'opinion publique commença alors à s'émouvoir. Le bromure de potassium entra dans la pratique courante, mais les expérimentateurs firent généralement preuve de timidité et ils n'administrèrent le médicament qu'à des doses inertes ! Aussi, ne réussirent-ils point. J'en prends plutôt à témoin M. Peulevé, interne à la Salpêtrière, qui a rapporté [3] que son maître, M. Moreau (de Tours), avait fait suivre à des malades de son service un traitement par le bromure de potassium, *pendant trois mois*, et qu'il avait commencé par la dose de 50 centigrammes pour finir par celle de 3 grammes. Malgré toute son habileté, M. Moreau devait fatalement échouer. On n'obtient rien, en effet, chez les adultes, en aussi peu de temps et avec des doses aussi minimes.

M. A. Voisin s'est chargé de démontrer toute la justesse de cette proposition dans l'intéressante relation clinique qu'il a publiée en 1866 [4], et qui renferme les observations très-concluantes qu'il a recueillies à l'hospice de Bicêtre et en ville. Ce recommandable praticien a eu l'heureux

---

(1) Dublin. *Quarterly Journal of medical science*, 1864.

(2) *Gazette des hôpitaux*, 1865.

(3) *Union médicale*, 1865.

(4) *Bulletin général de Thérapeutique.*

courage de prescrire le bromure de potassium à haute dose (de 4 à 12 grammes par jour). Tout naturellement, ce médicament ne lui a paru être d'aucune utilité dans l'épilepsie liée à des lésions cérébrales, congéniales ou accidentelles, tandis qu'il lui a rendu des services signalés dans l'épilepsie qui est due à une grande impressionnabilité, à l'exaltation de la sensibilité, « au tempérament nerveux, » aux émotions vives, à la peur, aux excitations génitales et aux influences héréditaires. « Sur 24 malades, dit M. A. Voisin, qui ont été traités par le bromure de potassium, 4 ont cessé d'avoir des accès, 6 ont été très-améliorés, 10 ont été un peu améliorés, 4 n'ont ressenti aucun bon effet du médicament. »

Que sont devenus ces malades depuis que M. A. Voisin a quitté Bicêtre, et comment le bromure de potassium réussit-il aujourd'hui dans son ancien service? C'est à M. J Falret à nous l'apprendre. Voici, à cette occasion, la note que m'a remise mon savant collègue :

« Le 1er avril 1867, j'ai pris le service de la troisième section. A ce moment-là, une vingtaine de malades au moins étaient en traitement par le bromure de potassium. Sur 15 épileptiques déjà traités avec succès par M. A. Voisin et chez lesquels on a continué l'usage du bromure jusqu'à leur sortie ou jusqu'à ce jour (20 octobre 1868), 10 malades ont éprouvé une amélioration tellement notable qu'elle équivaut presque à une guérison pour plusieurs d'entre eux, dont les attaques sont devenues extrêmement rares. Chez ces 15 malades, la dose du brumure a été — par jour— de 7 à 11 grammes 50 centigrammes, mais cette dernière dose n'a été prescrite qu'à un seul malade.

« Cette amélioration se maintient au même degré depuis le 1er avril 1867, et elle existait déjà auparavant. Sur ces 15 malades, 7 sont encore dans le service et, sur ce nombre, 4 continuent à être très-notablement améliorés, tandis que les 3 autres ne paraissent pas éprouver d'influence favorable, par le fait de la continuation du médicament.

« En ce moment, 21 épileptiques sont encore en traitement par le bromure. Sur ce nombre se trouvent : 1° les 7 malades ci-dessus mentionnés, déjà traités par M. A. Voisin, et sur lesquels il y a quatre améliorations très-considérables et 3 insuccès; 2° 8 malades ayant pris du bromure depuis plus d'un an, et sur lesquels 4 ont éprouvé une amélioration très-notable dans leur état, tandis que 4 n'en ont ressenti qu'une influence douteuse; 3° 6 malades, qui prennent du bromure depuis trop peu de temps (un ou deux mois), pour quo l'on puisse noter déjà des effets quelconques.

« J'ai fait, ajoute M. J. Falret, sur l'emploi du bromure, les observations générales suivantes : 1° l'action favorable du médicament ne commence à être sensible qu'à partir de la dose de 4 grammes; 2° la dose a pu être portée progressivement jusqu'à 11gr,50 (dose maximum), sans déterminer jamais aucun accident; 3° la dose la plus habituelle à laquelle je m'arrête est de 7 à 9 grammes par jour; 4° on ne commence d'ordinaire à constater des résultats favorables que lorsque l'éruption de boutons se montre à la peau, et surtout au front et à la face, et, en général, les malades qui n'ont pas d'éruption à la peau n'éprouvent pas de bons effets par suite de l'action du bromure; 5° très-peu de malades se plaignent de l'usage de ce médicament et en demandent la cessation. La plupart d'entre eux, au contraire, constatent leur amélioratiun progressive et demandent à continuer l'usage du bromure, même lorsqu'ils sortent de l'hôpital; 6° je n'ai pas vu, à Bicêtre, d'accidents, ou même d'inconvénients fâcheux, par suite de l'emploi du bromure de potassium. »

Je dois maintenant faire intervenir les faits de ma pratique personnelle. Et, d'abord, comme j'ai jusqu'à présent passé, à propos du traitement de l'épilepsie, par trois alternatives très-distinctes, je me crois obligé de déposer un bilan complet et d'exposer les résultats si différents auxquels je suis arrivé.

1° *Époque antérieure au bromure*. — De 1856 à 1864, j'ai traité en ville 17 épileptiques. J'ai obtenu 1 guérison chez un jeune homme de vingt ans, à l'aide de la teinture de cantharides, 4 améliorations très-appréciables (belladone, lactate de zinc, valérianate de quinine, etc., etc.), et j'ai compté 12 insuccès;

2° *Usage infructueux du bromure*. — De 1864 à 1867, j'ai donné des soins en ville à 9 épileptiques. Par l'atropine, le nitrate d'argent, l'hy-

drothérapie et le jardinage, j'ai amélioré notablement 3 malades et j'ai échoué chez les 6 autres. C'est alors qu'en désespoir de cause, je prescrivis du bromure de potassium à ces derniers. Je venais de lire, en effet, des extraits de la clinique spéciale de Brown-Séquard, à Londres, et j'avais été étonné des résultats heureux de cet éminent praticien. Je commençai par administrer le médicament à la dose de 5 centigrammes par jour, à prendre en trois fois, et après beaucoup de tâtonnements et d'hésitations, je l'élevai progressivement jusqu'à 1gr,10 Dans ces six cas, le bromure de potassium n'amena aucun résultat appréciable ;

5° *Succès par le bromure* (1867 et 1868). — En réunissant, comme l'a fait M. A. Voisin, les faits que j'ai observés à Bicêtre et ceux que j'ai recueillis en ville, j'arrive à un total de 41 épileptiques qui ont été soumis par moi à la médication bromurée. Je commence à défalquer de ce chiffre un malade à épilepsie saturnine et deux alcoolisés, dont les accidents convulsifs avaient été parfaitement bien observés et notés. Ils ont guéris tous trois, mais le bromure de potassium y a-t-il été pour quelque chose? N'auraient-ils pas pu sortir également guéris sans l'action du médicament? Je le crois.

Reste donc à 38 Le dépouillement de mes notes et observations me fournit les chiffres suivants : guérison très-probable (pas d'accès depuis onze mois), 1 ; suspensions très-prolongées de tout accident épileptique (de trois à sept mois), 5; améliorations sérieuses (rémissions de 25 à 72 jours), 6; insuccès, 9 ; total 21 Dix-sept autres malades, dont 10 à Bicêtre et 7 en ville ou dans les départements, sont en traitement depuis un temps variable. (*Gazette des hôpitaux.*)

De l'emploi de la fève de Calabar dans le traitement du tétanos. Après avoir relaté un nouveau cas de tétanos, traité malheureusement sans succès, par la fève de Calabar, et publié par C. V. Ridout nous réunirons sous forme de tableau statistique les faits que nous connaissons sur ce sujet.

M. L..., intendant d'une ferme, âgé de quarante-sept ans, d'une bonne constitution, d'habitudes tempérées, en retournant chez lui dans la soirée du 29 avril, tomba de cheval et tomba sur les mains.

Lorsque M. Ridout vit le malade, il souffrait d'une luxation compliquée de la première phalange du pouce gauche, et de lésions étendues des ligaments et des muscles du poignet droit, mais sans fracture. Il y avait aussi une luxation simple en arrière de la première phalange du quatrième doigt de la main droite et une légère plaie du sourcil droit, mais sans aucun symptôme de contusion ou d'autres injures de la tête. Les luxations furent réduites avec quelque difficulté, en raison du tempérament nerveux du malade. Il alla bien jusqu'au 12 mai, lorsqu'apparurent quelques menaces de tétanos (douleur, roideur à la nuque). Ces symptômes augmentèrent jusqu'au 17 mai, la mâchoire était fortement fixée, les dents ne pouvaient être écartées de plus d'un quart de pouce et le malade n'avalait les liquides qu'avec une cuiller. Parfois, spasmes de la face, serrement des mains et grande agitation.

18 mai. Prescription : prendre toutes les heures 10 minims (équivalant à un sixième de grain) de la préparation suivante :

Extrait de fève de Calabar. 8 grains.
Esprit-de-vin.......... 1 once.

19. Nuit plus tranquille ; L... a dormi quatre heures en deux fois. Pouls, 80, régulier ; parole distincte ; même difficulté pour écarter les mâchoires. Se plaint de douleur au cou ; la plaie du pouce marche bien.

20. Mêmes symptômes. Le malade prend librement de la nourriture, mais il a quelque peine à avaler. Pouls, 80; selles. Le 21, à deux heures du matin, L... était incapable de se coucher à cause d'une sensation de suffocation ; spasmes pharyngiens; rire sardonique très-net Pouls, 100. 15 minims de fève de Calabar par heure. Selles et urines régulières. A huit heures du soir, le pouls était retombé à 80. Le malade a dormi un peu. Les spasmes continuent. Une vessie remplie de glace, appliquée sur la nuque, a produit quelque soulagement.

22, sept heures du matin. Nuit meilleure, moins de spasmes ; l'impossibilité du décubitus dorsal persiste. 20 minims (1 tiers de grain d'extrait)

d'heure en heure; le soir, à huit heures, les convulsions et le sentiment de suffocation ont disparu. Pas de sommeil; le malade ne peut se coucher. La même dose de fève de Calabar est donnée pendant la nuit toutes les deux heures. Vessie de glace. Le 23, les symptômes tétaniques étaient décidément moins prononcés; *expectoration muqueuse abondante*. Même quantité de fève de Calabar.

24 et 25. Par moments les spasmes augmentent d'intensité, sans aggravation ni amendement des symptômes.

26. 30 minims (un demi-grain d'extrait); alimentation; pouls à 80.

29. Accès très-fort le soir. Dents énergiquement contractées, crampes dans les mains et les pieds. 40 minims (deux tiers de grain d'extrait).

30. Nuit bonne. Persistance des spasmes. Toux fatigante et expectoration abondante. Il est décidément plus faible. Deux selles involontaires. Pouls à 120.

31. Durant la nuit, la gêne de la déglutition est devenue plus grande, par suite probablement de l'accumulation du mucus. A cinq heures du matin, L... fut pris de convulsions et mourut deux heures plus tard. M. Ridout fait remarquer en terminant que la fève de Calabar parut retarder et adoucir les symptômes sans pouvoir toutefois les juguler définitivement.

Nous profitons de la publication de ce nouveau cas de tétanos traité par la fève de Calabar pour résumer, sous forme de tableau, les faits semblables que nous avons enregistrés. Nous n'avons pas la prétention de connaître tous ceux qui ont été publiés; toutefois le chiffre auquel nous sommes parvenu est assez élevé pour permettre aux médecins d'avoir une opinion sur ce point.

	NOM DU MALADE.	AGE.	SEXE.	TERMINAISON.	AUTEURS.
I	P...	35	H.	Guérison.	H. Coote ([1]).
II	W...	11	F.	Id.	Eben Watson.
III	M. P...	13	G.	Id.	Id.
IV	Merl.	9	G.	Mort.	Giraldès et Bourneville.
V	X...	33	H.	Guérison.	X...
VI	X...	»	»	Id.	Campbell.
VII	X...	»	»	Id.	Alexander.
VIII	R...	9	G.	Id.	Eben Watson.
IX	X...	30	H.	Mort.	Id.
X	X...	15	G.	Id.	F. Mason.
XI	L...	47	H.	Id.	Riduut.

([1]) Concurremment à la fève de Calabar, d'autres médicaments ont été administrés.

Sur 11 cas (hommes, enfants), il y a eu 7 guérisons et 4 morts. Il est à désirer que les observateurs qui ont employé la fève de Calabar contre le tétanos, livrent à la publicité leurs observations, afin que l'on arrive à des conclusions sérieuses.

Nous ferons encore observer que dans ce cas le mode d'administration de la fève de Calabar a été vicieux et qu'il fallait employer la méthode hypodermique qui permet presque à coup sûr de doser le médicament de façon à combattre les symptômes. (*The Lancet* et *Mouvement médical*.)

Cinq cas de Phimosis chez l'adulte opérés par dilatation. Quand nous annonçons un moyen curatif nouveau ou supposé tel, nous nous réservons d'en suivre l'application. C'est ce que nous faisons pour la pince dilatatrice introduite par M. Nélaton dans le traitement du phimosis congénital.

Les *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liége* nous apprennent qu'une courte discussion a eu lieu dans le sein de cette compagnie au sujet de cet instrument.

Encouragé par un succès obtenu à l'aide de ce mode opératoire, chez un adulte, par M. Denonvilliers, M. le professeur N. Ansiaux l'a mis en usage chez cinq hommes atteints de phimosis sans adhérences. Sur ces cinq malades, quatre ont présenté des déchirures; l'écoulement sanguin qui en est résulté n'a pas été de longue durée; le cinquième malade n'a offert que des éraillures de peu d'importance. L'opération terminée, il a été facile, dans tous les cas, de retirer le prépuce en arrière, et on l'a maintenu dans cette position; il s'est produit alors un léger paraphimosis, et, pour tout traitement, on a appliqué sur la partie malade des compresses trempées dans l'eau fraîche et fréquemment renouvelées. Les malades se sont guéris sans accident: il est à noter cependant que les déchirures de la muqueuse ne se sont pas cicatrisées très-rapidement. Chez un des opérés, la première tentative fut infructueuse et l'opération dut être recommencée, mais cette fois avec plein succès; ce malade avait été peu de temps auparavant atteint de chancres préputiaux. L'insuccès de la première opération tenait-elle à ce que la dilatation n'avait pas été assez énergique, ou à ce que le malade ne s'était pas soigné convenablement? C'est ce que ne saurait dire M. Ansiaux.

Un fait capital de l'opération, et qui ne peut être passé sous silence, c'est la douleur qu'elle détermine. M. Nélaton recommande d'employer le chloroforme; tous les malades opérés à l'hôpital de Bavière ont été, d'après ce conseil, soumis à l'anesthésie; cependant, chez l'un d'eux, l'opération fut pratiquée avant que le chloroforme n'eût agi complétement, et le patient, au moment où la dilatation s'achevait, poussa plusieurs cris très-violents. La vive douleur que détermina la dilatation forcée exigeant l'emploi du sommeil anesthésique, il n'est pas douteux que cette condition ne restreigne l'extension du procédé de M. Nélaton dans la pratique civile. (*Journal de médec. pratique.*)

Traitement du Phimosis par la dilatation. Le docteur Elliot Comes a publié, dans le *Boston journal*, un procédé ingénieux d'opérations du phimosis sans opération sanglante. Comme la dilatation a été employée de nouveau en France dans ces derniers temps, il est utile de connaître ce procédé et l'instrument du docteur Comes. Ayant à soigner un phimosis, il introduisit dans l'anneau préputial l'extrémité d'une pince à ressort ordinaire. Au bout de quelques minutes, le rétrécissement fut sensiblement élargi; l'instrument fut alors laissé en place; il était retenu par l'élasticité des lames qui exerçaient une dilatation lente continue. On recommanda au malade d'écarter les lames de temps en temps en employant une force modérée et de mouiller continuellement la région avec de l'eau chaude. Ce procédé ne détermina ni douleur ni aucun autre inconvénient. Au bout de trois heures le gland put être découvert et peu de temps après il sortit subitement du prépuce qui était tout à fait rétracté. On prévint la récidive du phimosis en ayant recours de temps à autre à l'emploi de la pince.

Le succès obtenu dans ce cas encouragea le docteur Comes, qui imagina alors un instrument très-simple, avec lequel on peut obtenir le degré de dilatation que l'on veut.

C'est une sorte de compas d'épaisseur, long de 5 pouces, pointu à son extrémité; les deux lames sont plates, taillées en biseau à leur bord externe; elles s'écartent l'une de l'autre au moyen d'une vis placée près de leur pivot. La vis traverse une des lames et est fixée sur l'autre. (*Gazette médicale de Paris.*)

Médicaments employés contre les tænias. M. Vezu, de Lyon, propose un médicament composé avec les substances suivantes:

1° L'huile éthérée de fougère mâle obtenue avec les rhizomes de cette plante, cueillie en automne;

2° Une teinture concentrée d'écorce de racines de grenadier préparées à l'état frais avec de l'alcool absolu;

3° Une teinture faite avec les fleurs sèches de kousso et l'alcool absolu;

4° Un électuaire composé avec la racine de fougère mâle, les semences de courge et du sucre en parties égales.

Après avoir pilé ces substances, il ajoute une quantité suffisante des teintures obtenues précédemment, et mélangées, pour former une pâte mi-solide.

Il prend 60 ou 80 grammes de cette préparation, qui constitue la dose de son remède, ou moins, suivant l'âge

des individus; il l'additionne de 3 ou 4 grammes d'huile de fougère mâle.

Ainsi préparée, on la fait prendre en deux fois au malade le matin à jeun, délayée dans du café sucré.

Trois heures après on purge avec la potion suivante :

Huile de ricin........	40 gr.
Teinture mélangée précédemment citée.......	20 gr.
Eau.............	60 gr.

(*Gazette méd. de Lyon.*)

Cas d'empoisonnement par l'arsénite de cuivre. Il s'agit d'un cas d'empoisonnement par du nougat coloré en vert au moyen de l'arsénite de cuivre ou vert de Scheele. C'est à Crémone que le fait s'est passé. Une dame, son enfant âgé de deux ans, et une domestique, après avoir mangé du nougat en question, ont eu tous les symptômes d'un empoisonnement, et l'analyse chimique a fait découvrir dans les matières rendues la présence d'un sel de cuivre. L'examen d'autres produits provenant de la même maison a montré que le pâtissier incriminé se servait en effet de l'arsénite de cuivre pour colorer ses gâteaux et les bonbons qui présentaient la couleur verte. L'autorité municipale, saisie du fait, a immédiatement ordonné qu'on apposât des affiches mettant à l'index la maison en question, et signalant les dangers de ses produits. En même temps le syndic du commerce prohibait la vente de tout produit provenant de cette maison, sous peine de confiscation et de l'application d'autres mesures de rigueur inscrites dans le code pénal.

Nous avons cité le fait précédent parce que, outre l'intérêt d'actualité qu'il présente, il montre l'inégalité ou le défaut de proportion qu'on trouve dans les règlements relatifs à l'hygiène publique, et surtout dans la manière dont on les applique. C'est ainsi qu'il y a presque lieu d'être étonué de la prompte rigueur avec laquelle on a sévi contre le pâtissier de Crémone, en présence de l'indifférence ou de la lenteur de l'autorité à protéger les populations contre l'influence malsaine des rizières. En France, c'est plutôt le contraire qui aurait lieu. Il existe une commission des arts insalubres assez bien organisée, et le gouvernement ne craint pas de recourir aux expropriations pour cause de santé ou d'utilité publique. Par contre, qu'un industriel fournisse à l'alimentation des produits toxiques ou avariés, il recevra sans doute une sévère admonestation, mais il ne sera pas signalé à la méfiance du public, comme le pâtissier italien, et il puurra bientôt, comme par le passé, reprendre son commerce. Ceci prouve que rien n'est parfait dans aucun pays, et qu'on gagnerait beaucoup à prendre dans chacun ce qu'il y a de bon. De là l'utilité de comparer entre eux les usages et les institutions propres aux différentes contrées. (*Gazette médicale.*)

Nouveau moyen d'emploi externe du tartre stibié. Dans sa thèse soutenue à Strasbourg, M. Coze préconise un nouveau mode d'introduction du tartre stibié, et il donne une théorie de l'action de ce médicament. Des mouchetures pratiquées sur la partie malade permettent l'introduction directe de l'émétique dans le torrent circulatoire; le médicament est appliqué en poudre sur la peau divisée; la preuve de la pénétration du tartre stibié dans l'organisme est fournie par les effets thérapeutiques et par la présence de l'antimoine dans l'urine. Ce qu'il y a de remarquable dans ce procédé, c'est que l'émétique ainsi appliqué ne produit pas de pustules. Cherchant l'explication de ce fait, M. Coze l'attribue à l'état alcalin du sang, auquel la poudre d'émétique est mêlée. Comme preuve de cette influence, M. Coze a constaté un fait intéressant pour la pratique, c'est que l'addition d'un alcali à la pommade stibiée empêche toute pustulation, tandis que l'addition d'un acide rend la pustulation plus facile et plus complète.

Neuf observations de tumeurs blanches et d'autres affections graves des articulations ou des os montrent que l'application de cette méthode a amené plus d'une fois de l'amélioration dans l'état des malades. Les frictions sans pustules étant suivies d'absorption du tartre stibié, comme le prouve une analyse d'urine insérée dans la thèse, il serait possible, dans certains cas, de substituer l'usage des frictions stibiées alcalines aux inoculations, petite opération sanglante qui inquiète quelques malades et que l'état de la peau ne permet pas toujours de pratiquer.

L'auteur étudie ensuite l'action de l'émétique sur le globule sanguin; ce globule absorbe moins d'oxygène et

dégage moins d'acide carbonique lorsqu'il est influencé par l'émétique. Une expérience dans laquelle du sang avec et sans émétique a été mis en contact avec l'oxygène n'a laissé aucun doute à cet égard. Le sang émétisé ne fournissait que 5 pour 100 d'acide carbonique, tandis que la proportion était de 12 pour 100 pour le sang non additionné de tartre stibié.

L'action sur le tissu cellulaire est attestée par le fait que le tartre stibié imprime aux cellules du foie la dégénérescence graisseuse. La cessation des douleurs et une sorte d'anesthésie sous l'influence des hautes doses de tartre stibié tendraient aussi à faire attribuer une action sédative à ce médicament.

La conclusion de ce travail, c'est que le tartre stibié est un altérant qui agit comme désoxydant, qui diminue la nutrition et exerce en même temps une action sédative. La thèse de M. Coze donne plus que ne promettait le titre : à des indications pratiques utiles elle ajoute une théorie de l'action du tartre stibié, appuyée sur des expériences et sur une étude vraiment scientifique de la question. (*Gazette médicale de Strasbourg.*)

Alimentation lactée. Dans sa thèse sur *l'alimentation lactée* soutenue à Strasbourg, M. Leclerc expose avec clarté les avantages de ce régime, en indiquant les règles de l'emploi et les maladies qui exigent l'usage exclusif du lait. Douze observations, recueillies en partie à la clinique de M. le professeur Hirtz, viennent à l'appui de la thèse. Le régime est établi scientifiquement; la quantité de lait calculée pour un adulte doit s'élever à 4 litres. L'examen du lait au lacto-butyromètre et au microscope doit toujours précéder l'administration de ce liquide; le lait employé à l'hospice civil de Strasbourg est tous les jours analysé par M. Hepp, pharmacien en chef, qui détermine les proportions des éléments essentiels. Le lait est un aliment de facile et de rapide digestion, qui laisse peu de résidu et favorise la diurèse. C'est surtout dans les affections organiques, dans les ulcérations des parois du tube digestif, dans les hypertrophies du cœur et les hydropisies que ce régime a rendu de réels services; les malades doivent le suivre strictement; la moindre infraction détermine des rechutes. (*Gazette médicale de Strasbourg.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Nouvelle modification du Sphygmomètre du D. Poznanski. Au mois de mai de l'année courante, M. le docteur Poznanski a présenté à l'Académie de médecine le Sphygmomètre de sa construction, ayant pour base la neutralisation de la force capillaire au moyen d'une tige centrale en permanence. La modification actuelle, sans toucher à la base de l'invention, regarde seulement les accessoires, qui, au point de vue de l'application de l'instrument, constituent d'ailleurs presque l'essentiel.

L'instrument qui autrefois a été présenté par M. Poznanski, quelque sensible qu'il fût, offrait de graves inconvénients. Le tube en cristal étant capillaire et coudé, et partant très-fragile, exigeait un étui dont le volume et la forme étaient un peu gênants. M. le docteur Poznanski vient d'obvier à ces inconvénients par la disposition suivante : il a emboîté le tube capillaire dans un tube de caoutchouc durci, qui en même temps sert de réservoir pour le mercure. Pour qu'au moment de l'application le mercure se meuve sur un plan incliné, sans que le tube soit coudé, M. le docteur Poznanski a eu recours à un expédient nouveau et simple en même temps; il a fait couper la base de l'instrument en biseau, et par ce moyen, outre que la marche du mercure s'opère sur un plan incliné, le disque de l'instrument qui doit s'appliquer au parcours de l'artère, en devenant oval, a acquis presque le double de longueur, ce qui augmente de beaucoup la sensibilité de l'instrument.

La fenêtre pratiquée dans le tube de caoutchouc, permet d'observer les mouvements du mercure motivés par les battements du pouls, qu'on enregistre à l'échelle qui s'y trouve, et qui est divisée en centimètres et en millimètres. A sa base et à son extrémité supérieure, le sphygmomètre est fermé par la peau de chevreau qui y est fixée au moyen des anneaux.

L'instrument ainsi constitué ne dépasse pas 10 centimètres de long; étant droit et nullement fragile, il est à présent très positif et rend l'observation aussi exacte que facile. La sensibilité du sphygmomètre actuel étant si grande que les battements du pouls produisent des chocs du mercure d'un centimètre en moyenne, cet instrument trouvera probablement une large application au lit du malade.

VARIÉTÉS.

Par décret du 28 décembre 1868, l'Empereur, sur la proposition du maréchal ministre de la guerre, a promu dans l'ordre de la Légion d'honneur les médecins dont les noms suivent :

Au grade d'officier : MM. Morgon et Jacquin, médecins-majors de 1re classe.

Au grade de chevalier : MM Fristo, Massola, Bézard, médecins-majors de 2e classe; — Vincent-Génod, Fornier, médecins aide-majors; — Roussin (François-Zacharie), pharmacien-major de 1re classe.

Par décret en date du 30 décembre 1868, rendu sur la proposition de l'amiral ministre de la marine et des colonies, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur, savoir :

Au grade d'officier : MM. Jonon (Guy-Théobald), médecin principal de la marine; — Nielly (Hugues-Marie-Charles), médecin principal de la marine; — Hugoulin (Joseph-François), pharmacien principal de la marine.

Au grade de chevalier : MM. Falot (Aimé-Michel), médecin de 1re classe de la marine; — Pavot (Théodore-Louis-Marie), médecin de 1re classe de la marine; — Noury (Mathurin-Jean-Jules), médecin de 1re classe de la marine; — Mattei (Jérôme), médecin de 1re classe à la Guadeloupe; — De Lostalot-Bachoué (Jacques), médecin de 2e classe de la marine; — Pélissier Balthasar-Casimir), médecin auxiliaire de 3e classe; — Geoffroy (Bruno-Victor-César), médecin de 1re classe de la marine; — Follet (Jacques-Charles-Benjamin), médecin de 1re classe de la marine.

Par décrets en date du 26 décembre 1868, rendus sur la proposition du grand chancelier de la Légion d'honneur, ont été nommés ou promus dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Bancel-Dupuy (Félix-Edouard-Joseph), ancien chirurgien-major dans la garde impériale, ancien médecin en chef de la Maison centrale et de l'hôpital civil de Melun.

Au grade de chevalier : M Bottini (Jean-Dominique), ancien chirurgien-major de l'armée sarde, ancien médecin de l'hôpital civil et militaire de Menton, etc.

Par décret en date du 30 décembre 1868, rendu sur la proposition du maréchal ministre de la guerre, ont été promus dans le corps des officiers de santé de l'armée de terre :

1° *Au grade de médecin principal de 1re classe* (choix) : — MM. Catteloup (Bon-Auguste), médecin principal de 2e classe à l'hôpital de Vincennes. — Bouffar (Jacques-Auguste), médecin principal de 2e classe à l'hôpital de Perpignan. — Frasseto (Pierre-Simon), médecin principal de 2e classe à l'hôpital d'Ajaccio. — Fropo (Augustin-Joseph), médecin principal de 2e classe à la gendarmerie de la garde impériale.

2° *Au grade de médecin principal de 2e classe* (choix). — MM. Lasserre (Jean-Pierre-Rémy), médecin-major de 1re classe à l'hôpital de Bayonne. — Bonnard (Adrien-Louis-Paul), médecin-major de 1re classe des hôpitaux de la division d'Oran. — Ladureau (Louis-Adolphe-Joseph), médecin-major de 1re classe à l'hôpital de Cambrai. — Souville (Gaston-Félix), médecin-major de 1re classe à l'hôpital du Gros-Caillou. — Masse (Jacob), médecin-major de 1re classe des hôpitaux de la division d'Alger. — Lecomte (Pierre-Onésime-

Nicolas), médecin-major des hôpitaux de la division d'Oran. — Colin (Léon-Jean), médecin-major de 1re classe, professeur à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Par décret en date du 6 janvier 1869, M. Cavalier (Henri-Louis-Antoine), docteur en médecine, a été nommé professeur de pathologie et thérapeutique générale à la Faculté de médecine de Montpellier.

M. le préfet de la Seine vient de prendre un arrêté que tous les amis de l'hygiène publique accueilleront avec reconnaissance.

Voici le texte de l'arrêté :

ARRÊTÉ.

Article 1er. — A partir du 1er janvier 1869, les parents qui auront à faire constater à domicile la naissance d'un enfant devront faire la demande par écrit dans les *vingt-quatre* heures de la naissance, à la mairie de leur arrondissement, avec indication :

1° Des noms, prénoms et domicile des parents;
2° Des jour et heure où la naissance a eu lieu;
3° Du sexe de l'enfant.

Art 2. — La constatation, à domicile sera faite, sans frais d'aucune espèce pour les parents, par un médecin de l'état civil.

Art. 3. — Le bulletin de constatation, déposé à la mairie par le médecin de l'état civil tiendra lieu de présentation de l'enfant pour la déclaration de naissance, qui devra toujours y être faite dans les termes et délais des articles 55 et suivants du Code Napoléon.

Le préfet de la Seine, HAUSSMANN.

Association des médecins de la Seine. — La prochaine assemblée générale ordinaire, dans laquelle aura lieu le renouvellement partiel du bureau, est fixée au dimanche 31 janvier 1869.

Comme d'habitude, une convocation portant l'indication détaillée de l'ordre du jour sera adressée en temps convenable à chaque sociétaire : néanmoins, par suite d'une décision récente, « la délibération relative aux candidatures doit être publiée avant le mois de janvier. »

Le résultat de cette délibération pour les élections prochaines est le suivant :

Les candidats proposés par la commission générale sont :

Président, M. Nélaton; *Vice-présidents*, MM. Barth et Béclard; *Secrétaire général*, M. Orfila.

ADMINISTRATION DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. Par suite des mouvements dans le personnel médical des hôpitaux de Paris, approuvés par l'administration : — MM. les docteurs Hérard et Frémy passent à l'Hôtel-Dieu ; — M. le docteur Gallard, médecin, passe à l'hôpital de la Pitié ; — MM. les docteurs Besnier, Desnos et Guyot, médecins, passent à l'hôpital Saint-Antoine ; — M. le docteur Laboulbène, passe à l'hôpital Necker; — MM. les docteurs Matice et Axenfeld, passent à l'hôpital Beaujon ; — MM. les docteurs Woillez et Millard, passent à l'hôpital Lariboisière ; — M. le docteur Mauriac passe à l'hôpital du Midi ; — M. le docteur Simon passe à l'hôpital des Enfants-Malades ; — M. le docteur Siredey, passe à la Direction des nourrices ; — M. le docteur Bernard passe à l'hospice des Ménages ; — M. le docteur Trélat, chirurgien, passe à l'hôpital de la Pitié ; — M. le docteur Panas, chirurgien, passe à l'hôpital Saint-Louis ; — M. le docteur Labbé, chirurgien, passe à l'hôpital Saint-Antoine ; — MM. les docteurs Raynaud, Gombault, Féréol et Cadet de Gassicourt, médecins du Bureau central, sont nommés médecins des hôpitaux et passent, savoir : — M. Raynaud, à l'institution Sainte-Périne ; — M. Gombault, à l'hospice de La Rochefoucauld ;— M. Féréol, à l'hospice des Incurables-Hommes ; — Et M. Cadet de Cassicourt, à l'hospice des Incurables-Femmes.

— Nous annonçons avec douleur la mort d'un recommandable confrère, M. Gaillard, chirurgien en chef des hospices de Poitiers, membre correspondant de l'Académie de médecine.

Pour les articles non signés : F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Note sur l'efficacité de l'arsenic dans certaines espèces de gastralgies,

Par le docteur Arth. Leared, médecin au Great Northern Hospital, etc. (1);

Traduit par le docteur Gauchet.

Je me propose de faire voir que certaines espèces de douleurs gastriques sont justiciables de l'arsenic (2), et d'indiquer, autant qu'il me sera possible, à quels signes on les peut reconnaître.

Dans ce sens qu'elle n'est sous la dépendance ni de la dyspepsie, ni de l'inflammation, ni d'une altération organique, la douleur de l'estomac est, dans un certain nombre de cas, une affection primitive. Les nausées, les vomissements et les autres symptômes gastriques spéciaux qui l'accompagnent en sont simplement la conséquence. C'est ce que j'espère être en état de démontrer. On admettra que la névralgie peut affecter l'estomac et les intestins aussi bien que la plupart des autres organes de l'économie. Or, si la maladie consiste essentiellement en une douleur non accompagnée des signes de l'inflammation, la douleur gastrique que nous avons à envisager ici ne doit-elle pas être regardée comme une névralgie?

Cette douleur primitive est loin de se rencontrer aussi fréquemment que celle qui accompagne la dyspepsie. Il n'existe peut-être pas de souffrance plus cruelle quand la maladie revêt sa forme la plus intense. A l'angoisse d'une douleur extrême se joint l'angoisse d'une prostration profonde, et ce que le malade appelle une sensation de défaillance, d'anéantissement (*sinking sensation*) vient s'ajouter à sa détresse. Cette sensation et d'autres, difficiles à définir, qui ont pour siége l'estomac, sont probablement dues aux rapports de cet organe avec le plexus solaire du système nerveux sympathique.

---

(1) Extrait du *British med. Journ.*, 23 et 30 novembre 1867.

(2) L'auteur dit: « *Amenable to a treatment not yet employed by the profession*, justiciables d'un traitement qui n'a pas encore été employé. » Cette expression, exacte peut-être en Angleterre, ne l'est pas en France où, depuis longtemps, le professeur Teissier, de Lyon, a signalé les bons effets de l'arsenic dans certaines gastralgies (Voir Trousseau et Pidoux, art. *Arsenic*); ces bons effets ont été démontrés également par Millet, de Tours (*Emploi thérapeutique des préparations arsenicales*, p. 80).

Heureusement, l'affection douloureuse dont nous nous occupons a des intermissions ; mais les intervalles entre les attaques qui, d'abord, peuvent se mesurer par mois, arrivent, avec le temps, à ne plus se compter que par semaines, voire par jours, et dans quelques cas l'on voit même des malades en être atteints plusieurs jours de suite. L'accès commence par quelques légers symptômes avant-coureurs, et, en général, lorsque l'estomac est dans l'état de vacuité. Le malade peut être, à ce moment, dans son état de santé habituel, qui, toutefois, comme on le verra plus loin, se trouve déjà sous le coup d'un degré plus ou moins prononcé d'épuisement nerveux.

La douleur n'est pas moins variable par son degré que par sa nature. Dans un certain nombre de cas, elle est intense et fixée en un point dans la région épigastrique. Quelquefois elle est plus étendue et a le caractère d'une crampe, comme si l'estomac était fortement tiraillé et comprimé. La douleur peut même s'étendre à une grande partie de l'abdomen. Quand elle se prolonge quelque temps, il survient des vomissements de liquide glaireux, ou de de bile, ou de matières alimentaires, s'il en existe dans l'estomac. Dans les attaques moins fortes, il n'y a pas de vomissements.

Lorsque la douleur est intense, l'état du malade touche au collapsus. Le pouls est faible, souvent plus lent qu'à l'état normal. Le corps est baigné d'une sueur froide. La face est pâle et les traits grippés. Le malade se roule sur son lit ou sur le plancher d'une manière qui exprime une vive souffrance. Dans certains cas, des stimulants ou quelque nourriture procurent du soulagement ; mais dans quelques autres, l'ingestion de ces substances ne fait qu'accroître la douleur. La longueur de chacune des attaques, ainsi que les intervalles qui les séparent, sont très-variables ; elles peuvent ne durer qu'une demi-heure ou se prolonger pendant plusieurs heures. A la suite de chaque attaque, l'épigastre reste quelque temps sensible à la pression. Sous les autres rapports, à l'exception d'une grande prostration, le malade se sent bien. La langue est pâle et molle, les garde-robes sont régulières. L'appétit est conservé et la digestion se fait rapidement.

Beaucoup de praticiens peuvent se rappeler des cas auxquels s'applique la description qui précède, où des douleurs dites *coliques d'estomac* ou une gastrodynie intense revenaient de temps en temps sans cause appréciable. Ils viendront aussi confirmer mon assertion : que le traitement ordinaire par les sédatifs et les toniques

n'y est d'aucune utilité. Mais si la douleur n'est pas sous la dépendance d'une mauvaise digestion, pouvons-nous être certains que c'est bien l'estomac, et non quelque partie ou organe attenant, qui est le siége réel de la souffrance? Le point occupé par la douleur, le sentiment de défaillance et autres sensations qui s'y joignent, indiquent nettement au patient qu'il en est ainsi en réalité, et très-souvent le vomissement vient y ajouter une nouvelle preuve. Comme il a été déjà dit, la douleur précède toujours le vomissement, qui est, par conséquent, très-probablement causé par action nerveuse réflexe. Dans tous les cas de cette affection qui se sont présentés à mon observation, les sujets étaient des personnes d'âge moyen, débilitées par quelque influence antérieure, telle que la perte de parents ou d'amis, ou, ce qui n'a pas une action dépressive moins active, la perte de leur fortune. La malaria a été également notée comme une des causes efficientes.

En ce qui concerne le traitement de cette affection, n'ayant pas eu à me louer des effets des moyens ordinairement mis en usage, je pensai à essayer l'arsenic. C'est une chose qui ne saurait être mise en question que la valeur extraordinaire de ce médicament dans un grand nombre de formes de maladie, et notamment dans quelques affections névralgiques de la tête. Si donc mon appréciation était exacte et si le désordre gastrique en question était réellement une névralgie, le remède qui triomphe de la névralgie dans un siége devait pouvoir en triompher dans un autre.

Voici le premier cas dans lequel j'expérimentai l'arsenic :

Une dame, de constitution robuste, âgée de quarante-six ans, me consulta en juin 1863. La perte soudaine de son mari, mort par accident, des inquiétudes, à la suite, sur le sort de sa famille qui était nombreuse, étaient venues s'appesantir sur elle. Environ une fois par semaine, elle était prise d'une douleur extrêmement violente de l'estomac, qui, bien qu'elle durât rarement plus d'une demi-heure, la laissait pendant longtemps dans un état de faiblesse considérable. La douleur venait tout à coup, sans que rien en annonçât l'approche, quel que fût l'état de l'estomac, vacuité ou réplétion, et n'était aucunement influencée par le régime. Il n'y avait aucun symptôme gastrique habituel, à l'exception de flatuosités, et les garde-robes étaient parfaitement régulières. Divers médicaments, et entre autres le bismuth, restèrent complétement sans effet. La liqueur arsénicale fut alors administrée, d'abord à la

dose de 3 minims (1), qui fut portée ensuite à 5 minims. Ce traitement fut continué seulement pendant quinze jours. Sous son influence, les attaques furent promptement supprimées, et au bout du temps qui vient d'être indiqué, la malade m'apprit dans une lettre qu'elle avait pu, grâce à l'amélioration de sa santé, affronter impunément une grande fatigue, tant de l'esprit que du corps. Les accidents reparurent une fois dans le cours de l'année suivante, à la suite d'inquiétudes sérieuses occasionnées par la maladie d'un de ses enfants. Dans ce cas, le traitement n'a pas été continué un temps suffisant, et, bien que l'action avantageuse du remède s'y soit montrée d'une manière très-apparente, cependant je ne le compte que parmi mes faits les moins satisfaisants.

Dans le suivant, l'effet du traitement a été des plus marqués.

Je fus consulté, en janvier 1866, par un monsieur âgé de cinquante-quatre ans, fortement bâti, mais maigre et paraissant usé, d'habitudes sobres et modérées. Environ deux ans auparavant, il avait été pris pour la première fois d'une douleur, d'une crampe extrêmement violente à l'estomac, dont il eut à souffrir ensuite de nombreuses répétitions. D'abord les intervalles entre les attaques avaient été d'un mois; mais depuis quelque temps il était rare qu'un jour se passât sans en ramener. En général elles se produisaient le soir, après le coucher, et il n'est pas indifférent de noter que le dîner avait lieu de bonne heure. La douleur durait de deux à quatre heures, et, d'après la description du malade, elle était presque insupportable. Elle s'accompagnait de vomissements acides, mais qui n'apportaient aucun soulagement. Cependant, à l'exception d'un peu de flatulence, il n'y avait aucun des symptômes ordinaires de l'indigestion. L'appétit était bon , les garde-robes régulières. Il existait une hernie inguinale du côté droit, et, au dire du patient, le docteur Babington, qui lui avait donné des soins, avait pensé que les attaques dépendaient de la présence de la hernie. Divers moyens de traitement avaient été mis en usage sans aucun résultat. Ce monsieur avait été directeur d'une compagnie industrielle, qui, vers l'époque de la première attaque, avait fait faillite dans des circonstances pénibles, qui lui avaient occasionné beaucoup de peine et d'inquiétudes. Ces détails, obtenus en réponse à mes questions, venaient en aide au diagnostic. J'ordonnai la liqueur arsenicale à

(1) Le *minim* est une mesure de capacité qui équivaut à 0,059 de notre millilitre.

la dose de 2 minims après chacun des trois repas quotidiens. Le quatrième jour je fus appelé auprès du malade et j'appris de sa bouche qu'à l'exception du premier soir il avait été exempt de ses douleurs et qu'il avait eu des nuits beaucoup meilleures qu'elles n'avaient été depuis longtemps. La dose fut alors portée à 5 minims. Je revis mon client le onzième jour: ses nuits avaient été bonnes, et il n'avait pas eu de douleur, excepté deux fois où elles s'étaient d'ailleurs montrées à un degré bien modifié. Nouvelle augmentation de la dose, qui est portée à 6 minims. Le dix-huitième jour, le patient se trouvait bien; cependant il avait eu deux légères attaques. 7 minims à chaque dose. Le vingt-quatrième jour, il n'y avait eu aucun retour de la douleur. Le malade recouvrait rapidement l'aspect de la santé. Dans le but de rendre la guérison plus assurée, le médicament fut continué quinze jours encore, à raison de 8 minims à chaque fois. Depuis, la douleur n'a jamais reparu et l'état est devenu satisfaisant sous tous les rapports.

En mars 1867, je vis en consultation, avec M. Wheeler de Bexley, un malade âgé de trente-huit ans, d'une constitution assez robuste. Il avait eu, depuis trois ou quatre ans, des éructations fréquentes formées, disait-il, d'un fluide gras et acide. Mais ce fluide revenait en plus grande quantité vers six heures du soir, chaque jour, et ensuite cette espèce de régurgitation se reproduisait deux ou trois fois dans la soirée. Chaque fois elle était précédée d'une douleur intense de l'estomac qui se calmait quand elle avait eu lieu. Il y avait des flatuosités, mais l'appétit était bon et la digestion se faisait bien. Plusieurs garde-robes avaient lieu chaque jour, et les matières étaient écumeuses et souvent mélangées de mucus que le patient comparait à du frai de grenouille. Il avait eu la fièvre intermittente, et, bien que cette dernière affection n'eût pas reparu depuis plusieurs années, trouvant la rate volumineuse et sensible à la pression, je fus d'avis de tenter l'emploi de la quinine concurremment avec le bismuth, et ce traitement fut continué pendant quelque temps, mais sans grand résultat. Je conseillai alors l'arsenic à dose progressivement croissante, et en même temps l'établissement d'une contre-irritation au niveau de la région splénique. Ces moyens furent suivis de la cessation de la douleur et des vomituritions, et d'une grande amélioration dans les fonctions intestinales.

Bien que d'autres médicaments aient été employés chez ce ma-

lade, il n'est pas douteux que c'est l'arsenic qui fut l'agent efficace. Il est intéressant de remarquer que, nonobstant l'état d'irritabilité des intestins, il agit à la manière d'un sédatif. Ce cas diffère, sous plusieurs rapports, de ceux qui le précèdent. C'était une espèce de pyrosis, mais différant toutefois d'une manière essentielle de celui qu'on observe communément, dans lequel l'arsenic agit comme irritant énergique.

Voici maintenant une observation qui fait voir que le même traitement a eu des effets avantageux, alors que la douleur siégeant dans l'estomac était sous la dépendance d'une irritation transmise d'un autre organe.

La femme d'un marchand vint me consulter pour une atroce douleur dont elle était prise chaque fois qu'elle prenait des aliments solides. Depuis trois mois elle avait vécu presque exclusivement de lait. Il y avait beaucoup de flatulence, et la langue présentait l'aspect le plus remarquable; il semblait qu'elle fût recouverte d'une couche épaisse de peinture blanche avec une bande jaunâtre au centre. Elle était très-maigre et avait un peu de toux. L'examen stéthoscopique faisait reconnaître l'existence d'une vaste excavation, sans matières liquides, à la partie supérieure du poumon gauche. La santé de cette dame s'améliora d'abord beaucoup par l'usage du manganèse, avec addition de petites doses de morphine; mais cette amélioration ne dura que peu de jours. L'arsenic, prescrit alors, eut pour effet de supprimer complétement la douleur, qui ne reparut pas pendant quelques semaines que la malade resta soumise à mon observation.

Les cas qui précèdent représentent trois classes, évidemment de nature très-différente, dans lesquels l'arsenic s'est montré efficace. Mais il est possible de saisir entre eux une étroite liaison. C'est un état particulier d'un nerf, — qu'on l'appelle *exaltation* ou *dépression*, suivant la théorie qu'on aura adoptée, — qui est la cause de la douleur. Or, quand des douleurs surviennent spontanément, sans inflammation, et que l'invasion et la disparition en sont soudaines, nous donnons à l'affection le nom de *névralgie*. Ces attributs de la névralgie étaient bien marqués dans les deux premiers cas. Dans cette classe, je suis, de par l'expérience, autorisé à dire que l'arsenic ne sera presque jamais en défaut.

Dans le cas dépendant d'une intoxication paludéenne, intoxication sur les traces de laquelle on était mis par le commémoratif d'une fièvre intermittente antérieure et par l'état actuel de la rate,

l'idée d'un rapport entre l'affection paludéenne et la névralgie s'imposait d'elle-même à l'esprit, et ce rapport suggérait l'indication d'un médicament d'une puissance reconnue contre l'une et l'autre maladie.

Dans le cas de phthisie, il est digne d'attention que la douleur était occasionnée par l'ingestion des aliments. Mais l'insuccès des remèdes ordinaires contre la douleur survenant à la suite des repas, aussi bien que l'analogie, me conduisit à essayer l'arsenic. La névralgie se développe souvent dans des parties à une certaine distance de l'irritation dont elle dépend. C'est ainsi que la carie dentaire la fera naître à la partie supérieure de la face; qu'un corps étranger, tel qu'une balle, un éclat de bois ou une esquille, logé dans une partie des tissus, la suscitera dans une autre partie. Feu le docteur Brinton, parlant de ce genre de douleur qui nous occupe en ce moment, s'exprime ainsi: « Ces cas de phthisie gastrique peuvent être regardés comme un genre de névralgie des nerfs pneumogastrique et sympathique; certains segments thoraciques de ces nerfs formant le point de départ d'une irritation et d'une action morbide qui se transmet à leurs connexions abdominales. » (*Maladies de l'estomac*, 2e édit., p. 360.)

Le contact des aliments avec l'estomac dans le cas qui précède, était la cause excitante de la douleur. Mais l'effet du traitement seul la distingue de la gastrodynie ordinaire, dans laquelle l'arsenic est toujours nuisible. Un des principaux signes que la douleur, dans la première classe de cas, était une douleur névralgique, c'est sa grande intensité. Mais la probabilité qu'il existe une douleur gastrique de même nature, mais d'un moindre degré d'intensité, ne tarda pas à se présenter à moi. Agissant en conséquence, j'ai traité avec succès, au moyen du même agent, un nombre considérable de cas d'une espèce plus modérée. A mesure, cependant, que l'intensité diminue, la difficulté du diagnostic augmente, et ici le diagnostic est de la plus grande importance. Il faut y apporter la plus grande attention, de peur que l'arsenic ne soit préjudiciable au lieu de produire de bons effets. Dans le cas ordinaire de douleur par suite d'intolérance de la membrane muqueuse de l'estomac au contact des aliments, l'arsenic agit à la manière d'un irritant direct. La douleur gastrique, la sensation de chaleur, la sensibilité de l'épigastre, la rougeur de la pointe de la langue, sont promptement augmentées. Dans les cas douteux, la meilleure règle est de n'administrer l'arsenic qu'après avoir donné au régime l'attention qui

convient, et que l'emploi de certains médicaments est resté sans résultat. De ces médicaments un des plus favorablement connus est le bismuth. Mais, s'il m'est permis de parler ici d'un autre agent que j'ai introduit dans la pratique, j'ajouterai que l'oxyde noir de manganèse purifié est supérieur au bismuth, excepté dans les cas qui vont être spécifiés. Si le mérite de ces deux substances est le même sous d'autres rapports, le manganèse possède un grand avantage, celui de ne pas amener la constipation, ce que fait presque invariablement le bismuth. Mais, dans un petit nombre de cas, l'irritabilité de la membrane muqueuse stomacale se continue dans l'intestin grêle; à la douleur alors s'associe la tendance à la diarrhée, et les propriétés astringentes du bismuth deviennent avantageuses. C'est dans ces sortes de cas seulement que j'y ai recours maintenant.

Il ne sera pas inutile de noter ici, suivant leur ordre de fréquence, les cas de douleur gastrique dans lesquels l'arsenic ne peut convenir.

1° La sensibilité anormale de l'estomac au contact des aliments, excepté celle qui se présente dans certains cas de phthisie;

2° Le pyrosis qui n'est pas d'origine miasmatique;

3° La gastrite subaiguë;

4° L'ulcère de l'estomac;

5° La sensibilité anormale par suite de congestion gastrique, résultant d'une maladie du cœur;

6° Le cancer.

Ces diverses affections peuvent se distinguer aisément à leurs symptômes propres. Mais il est d'autres cas de douleur dans la région stomacale qui sont plus difficiles à discerner de ceux où l'arsenic est efficace. Tels sont :

1° *L'anévrysme de l'aorte abdominale ou d'une de ses branches.* A cette occasion je dois insister fortement sur la nécessité de l'examen stéthoscopique des régions cardiaque et épigastrique, dans chaque cas de douleur abdominale intense;

2° *Les calculs biliaires.* Il est quelquefois très-difficile de distinguer entre la douleur causée par ces calculs et la névralgie de l'estomac. C'est lorsque le foyer de la douleur se trouve dans la région gastrique et qu'il n'en existe pas dans le trajet des conduits biliaires. Y a-t-il en même temps absence d'ictère et d'autres symptômes hépatiques, la difficulté se trouve considérablement accrue. L'exemple suivant fait bien voir cette difficulté. La femme

d'un ecclésiastique vint à Londres et se confia à mes soins. Elle était âgée de quarante-huit ans et de constitution délicate. Douze ans auparavant, à la suite de la nouvelle soudaine de la mort de deux personnes auxquelles elle était attachée, elle fut prise d'une violente douleur spasmodique de l'estomac, suivie de vomissements. Depuis elle resta toujours sujette, à intervalles irréguliers, à des retours d'accidents semblables, qui, à la fin, devinrent tellement fréquents que sa santé générale en fut très-sérieusement altérée. La douleur commençait sous l'appendice xiphoïde, et semblait, bien qu'elle s'étendît à une grande partie de l'abdomen, n'avoir aucun rapport particulier avec la région hépatique. Chaque attaque durait quatre ou cinq heures. Une fatigue, une émotion, le plus petit écart de régime suffisait pour y donner lieu. Il existait une sensibilité spinale bien marquée à la partie moyenne de la région dorsale. Il y avait un an, un peu d'ictère s'était manifesté et l'on avait noté la possibilité que le point de départ du désordre résidât dans l'existence de calculs biliaires. Mais le tempérament de la patiente, les causes excitantes des attaques, et la longue période de temps qu'avait duré la maladie sans que jamais il y eût eu de résultat critique, m'inclinèrent à croire que c'était un cas de névralgie. En conséquence, j'administrai l'arsenic, sans qu'il s'ensuivît aucune amélioration, et ma malade s'en retourna chez elle, où ses souffrances continuèrent comme auparavant. Quatorze mois après, elle évacua un calcul biliaire de la grosseur d'une amande de noisette, qui me fut envoyé par son médecin. Depuis cette époque les attaques ont cessé, la force et l'embonpoint sont revenus. Ainsi, voilà un cas dans lequel la simple présence d'un calcul dans la vésicule biliaire semble avoir été une source constante d'irritation réflexe, toujours prête à se dévolopper sous forme de douleur, dès que le système nerveux subissait l'influence d'une cause déprimante quelconque. Le traitement avait failli, parce que le diagnostic avait manqué d'exactitude.

Dans le choix des cas pour le traitement par l'arsenic, il est certains points auxquels il est nécessaire de bien faire attention. On doit s'assurer nettement si la douleur est suscitée ou non par l'ingestion des aliments. Si la douleur est violente, et si elle survient généralement quand l'estomac est dans l'état de vacuité, si elle ne dépend pas d'une des causes spécifiées comme étant en dehors de son action, le médicament sera presque certainement suivi de succès. Si le malade habite une contrée où règne la fièvre intermittente, et

spécialement s'il a eu cette maladie, ou s'il a été affecté de névralgie de la face ou de la tête, on trouvera dans ces circonstances de puissantes indications pour le traitement arsenical. Mais si les papilles de la pointe de la langue sont rouges et saillantes, si l'épigastre est constamment sensible à la pression, si la peau est chaude et sèche et le pouls fréquent, il ne faudra pas compter sur ce moyen.

La précaution habituelle de faire prendre l'arsenic immédiatement après le repas sera mise en pratique, et il sera toujours convenable de commencer avec prudence et en tâtonnant par rapport à la dose. Si le médicament est bien supporté, la quantité en sera augmentée progressivement. Quand on est arrivé aux doses fortes, il peut être avantageux d'ajouter quelques gouttes d'opium pour prévenir l'action purgative. Il va sans dire qu'il faut être attentif à la manifestation des effets constitutionnels de l'arsenic, afin de reconnaître s'il convient d'en diminuer la dose ou d'en supprimer l'usage.

Nous ne vivons pas dans un temps où la thérapeutique soit en honneur. Tel est, en effet, le scepticisme qui règne quant à l'action des médicaments, que beaucoup de personnes reprochent au mot *cure* de n'être pas philosophique. Ferme croyant dans l'efficacité de la médecine, je proteste contre un tel jugement. Nous sommes, heureusement, en possession d'un certain nombre de substances dont l'action curative n'est pas douteuse, et par conséquent nous sommes autorisés à espérer que nous pouvons non-seulement en acquérir de nouvelles, mais aussi étendre les applications de celles qui sont anciennement connues. Parmi celles-ci, l'arsenic, quand il est employé d'une manière convenable, est doué du pouvoir de guérir dans des cas variés, tels que la fièvre intermittente, certaines céphalalgies et quelques maladies de la peau. En publiant la présente note, mon but est d'ajouter un nouvel ordre d'affections à la liste de celles dont triomphe ce médicament. Mais les efforts individuels sont insuffisants quand il s'agit de donner droit de cité à un nouveau traitement ; aussi, comptant sur le concours de mes confrères, je les prie, en terminant, de contrôler par leur propre expérience la valeur des faits que j'avance, et de vouloir bien faire connaître les résultats qu'ils auront obtenus.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Observations sur la cystocèle vaginale et son traitement (1);

Par M. Demarquay, chirurgien de la Maison municipale de santé, membre de l'Académie de médecine.

Mme D***, âgée de cinquante ans, rentière, est entrée à la maison de santé, dans le service de M. Demarquay, le 19 septembre 1868.

Cette femme, fortement constituée, mariée à vingt et un ans, eut six enfants en l'espace de sept ans. Après le dernier accouchement qui remonte à 1849, elle éprouva quelques troubles mal déterminés du côté des organes pelviens, troubles que le médecin rattacha à un abaissement de l'utérus et pour lesquels il conseilla un pessaire. Mme D*** tenait alors un café-restaurant, et sous l'influence de la marche continuelle, de la station debout prolongée, d'autres phénomènes mieux déterminés s'ajoutèrent aux douleurs vagues qui existaient auparavant. C'étaient surtout des envies fréquentes d'uriner avec un peu de cuisson après le passage de l'urine.

Il y a seulement quatre à cinq ans que la malade dit s'être aperçue d'une petite proéminence située tout à fait à la partie antérieure du vagin.

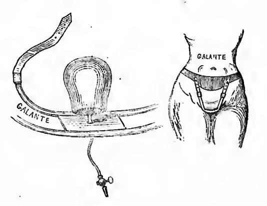
Plusieurs médecins appelés successivement auraient cautérisé le méat urinaire et la partie antérieure de l'urèthre sans résultat favorable. Le besoin continuel d'uriner devenant intolérable, au point de la forcer à se lever quinze à vingt fois par nuit, Mme D*** se décide à entrer à la maison de santé.

Voici son état au 15 octobre. Santé générale bonne; absence complète de douleurs dans les reins et le bas-ventre; un peu de cuisson seulement dans l'urèthre après le passage de l'urine. Mais le symptôme le plus pénible pour la malade, ce sont les envies fréquentes d'uriner. Malgré le repos qu'elle a gardé depuis son entrée, elle urine encore toutes les heures. Le jet n'est pas sensiblement modifié dans la direction ni le calibre. Les urines sont un peu troubles et donnent un dépôt blanchâtre.

Si on fait l'examen de la vulve, la femme étant couchée, on ne

(1) Observation recueillie par M. Flamen.

voit d'abord rien d'anormal. Mais si on écarte les lèvres et qu'on engage la malade à pousser, on aperçoit la petite extrémité d'une tumeur ovoïde qui se prolonge dans le vagin. Cette tumeur est grosse comme un œuf de poule environ ; elle est rougeâtre avec des plis transversaux d'une couleur un peu plus foncée. Le doigt, introduit dans le vagin, la circonscrit parfaitement en arrière et en haut. On peut constater aussi qu'elle occupe surtout la partie antérieure du vagin et qu'elle s'arrête à peu près à 5 centimètres de la vulve. La consistance en est molle, sans élasticité, et la réduction très-facile et non douloureuse. Le col est à 7 à 8 centimètres de la vulve, mais nettement séparé de la tumeur par le cul-de-sac antérieur qui persiste. L'utérus n'a pas subi de déviation notable. La paroi postérieure du vagin est intacte ainsi que le cul-de-sac postérieur. Le méat urinaire est caché dans un enfoncement profond au-dessus de la tumeur. L'urèthre est dévié de façon que le cathéter, pour pénétrer, doit être dirigé en arrière et en bas. Cette exploration donne du reste des résultats très-importants. On constate, en effet, que la partie antérieure de la cystocèle est formée par le col de la vessie et le canal de l'urèthre dilatés, car le doigt sent le bec de la sonde à travers les parois de la tumeur, 1 centimètre à peine au delà du méat.



M. Demarquay conseille un pessaire à réservoir d'air maintenu par une lame en caoutchouc, qui s'applique sur la vulve et le périnée, et s'attache sur une ceinture hypogastrique par des tubes en caoutchouc qui jouent le rôle de sous-cuisses. Cet appareil ne réduit qu'une partie de la tumeur, la partie vésicale proprement dite, mais

il est bien toléré et soulage notablement la malade. Elle sort améliorée le 12 novembre.

L'exposé de ce simple fait qui, d'ailleurs, ne présente en lui-même rien de vraiment extraordinaire, soulève néanmoins des questions pleines d'intérêt pour la science et pour la pratique. Il n'est donc pas inutile de faire connaître l'état actuel de la science sur une maladie que le médecin a bien souvent l'occasion de traiter.

La cystocèle vaginale était regardée autrefois comme une affection rare. Rognetta, quand il voulut écrire son mémoire en 1832, ne put en trouver que sept exemples, et encore la plupart de cas rapportés ne sont pas entièrement conformes aux descriptions classiques de la cystocèle vaginale. Ils appartiennent à cette variété de prolapsus qui se fait brusquement à la suite d'un effort et guérit facilement. Telles sont les observations de Chaussier (Leblanc, *Précis d'opérations de chirurgie,* 1755) et de Sabatier (*Médecine opératoire*).

Mme Rondet la première, dans un mémoire présenté à l'Académie des sciences en 1835, avançait, en s'appuyant sur les faits, que la cystocèle n'était point rare, et Malgaigne, dans son mémoire de 1840 (*Journal de chirurgie*, 1843), montrait que c'était le plus fréquent des prolapsus vaginaux. En l'espace de quatre mois, au bureau central, il voyait trente-neuf cystocèles tant simples que compliquées de rectocèles et de déplacements de l'utérus. La description qu'il en donne est fort complète, et les travaux consécutifs sur ce sujet n'ont rien appris relativement aux symptômes et à l'étiologie.

Jobert, dans un mémoire lu à l'Académie de médecine en 1840, et M. Huguier, dans la *Gazette des hôpitaux* de 1844, et la *Thèse* de M. Drouet en 1861, exposent chacun un procédé opératoire pour la cure radicale de la cystocèle. Des observations éparses ont été publiées en outre par A. Cooper, Éguisier, Blandin, M. Bourdon, Morel-Lavallée.

La lecture de ces faits montre qu'on pourrait établir deux catégories de cystocèles.

En effet, quelques-unes de ces hernies, du reste les plus rares, sont produites par un violent effort ; elles s'accompagnent de douleurs vives, quelquefois de rétention d'urine; la réduction en est douloureuse, mais se maintient facilement, et après quelques jours de repos et de l'application d'un pessaire approprié, la malade est

tout à fait guérie. On pourrait presque leur donner le nom de *cystocèles aiguës.*

Malgaigne en rapporte un exemple remarquable chez une sage-femme de quarante-cinq ans. La guérison était complète au bout de douze jours. Dans l'observation de Chaussier déjà citée, la tumeur était apparue brusquement à la suite d'un effort; un chirurgien, la prenant pour une tête de fœtus, voulait appliquer le forceps; Chaussier la réduisit et elle ne reparut plus.

Sabatier et Malgaigne ont aussi observé cette forme de cystocèle pendant la grossesse; après l'accouchement, tout était revenu à l'état normal.

Bien différente est dans son origine et surtout sa marche la cystocèle ordinaire qu'on pourrait appeler *chronique.* Dans des cas très-exceptionnels, la femme rapporte le début de sa maladie à un effort ou à une chute sur le siége. Presque toujours, le prolapsus se montre quelque temps après l'accouchement et sans cause occasionnelle appréciable.

On le voit donc surtout chez les femmes multipares de trente à quarante ans. Pourtant A. Cooper l'a observé chez une fille de dix-sept ans, Sandifort chez une vierge de vingt-cinq ans, M. Bourdon chez une fille de quatorze ans. D'autre part, Malgaigne l'a rencontré chez des femmes de soixante-cinq et soixante-douze ans.

La profession de blanchisseuse est une prédisposition sérieuse que met en évidence la statistique.

Quant au mécanisme de la hernie, il a été interprété de différentes manières. Tous les auteurs admettent un vice de conformation congénital chez les jeunes filles vierges ou au moins nullipares atteintes de cystocèle. Pour les cas ordinaires, Jobert pensait qu'il y avait relâchement des ligaments pubio-vésicaux qui retiennent la vessie au bassin. Rognetta, à la suite d'expériences sur le cadavre, donnait comme triple condition : la pression sur la vessie par l'utérus en gestation, la mixtion peu fréquente amenant la distension de la vessie, enfin la laxité des parois du vagin. M. Huguier pense que l'utérus en s'élevant pendant la grossesse entraîne le vagin dont les parois sont ainsi amincies et même éraillées.

Généralement la hernie ne comprend pas toute la vessie. Il serait intéressant, soit pour l'explication des symptômes, soit pour la forme à donner aux pessaires, de rechercher quelle est la partie herniée. Les observations ne donnent pas de renseignements à cet égard. Malgaigne dit seulement que tantôt la cystocèle répond au

col de la vessie et même à l'urèthre, et qu'il ne l'a vu qu'une fois occuper la partie supérieure de la vessie. Dans l'observation que nous rapportons, la cystocèle occupait surtout le col de la vessie et l'urèthre, et pourtant les urines étaient parfaitement retenues. Les fibres musculaires de la partie antérieure de l'urèthre ne se seraient-elles point développées suffisamment pour remplacer le sphincter du col de la vessie?

Le col de l'utérus est si intimement uni au vagin et à la vessie, que dans un certain nombre de cas l'abaissement de l'utérus accompagne la cystocèle. Mais ce n'est pas une complication constante, ainsi que le pensait Jobert. C'est au contraire l'exception. Malgaigne déjà avait remarqué que dans les trois quarts des cas, l'abaissement de l'utérus manquait.

Dans l'observation de M. Bourdon, dans trois observations de M. Drouet, dans la nôtre, le col était à la distance ordinaire de la vulve.

Il faut encore signaler comme se rencontrant assez souvent avec la cystocèle : la rectocèle, les hernies inguinales et crurales. Dans les observations de Ruysch, Blandin, Morel-Lavallée, la vessie contenait des calculs.

La cystocèle entraîne des troubles urinaires intéressants à signaler.

Un symptôme presque constamment indiqué dans les observations, ce sont les envies fréquentes d'uriner. Quelques malades urinent vingt-cinq et même cinquante fois par jour. Mais il est difficile de déterminer la véritable cause de ce phénomène. Doit-on le rattacher à une irritation chronique de la muqueuse vésicale ou bien est-ce une conséquence physique de la déviation, ou de la dilatation du col de la vessie? En raison de la constance du symptôme, cette dernière opinion paraît la plus probable. La rétention d'urine, au moins complète, n'est pas observée, mais il est fréquent de voir ce liquide séjourner en partie, après la mixtion, dans la poche herniée. L'incontinence de l'urine n'est pas moins rare. Le jet est quelquefois modifié, Malgaigne l'a vu dans un cas presque horizontal.

Quant aux caractères physiques de la cystocèle, ils se laissent facilement deviner.

C'est une tumeur rougeâtre, plissée transversalement, d'un volume variant depuis une noix jusqu'à la tête d'un fœtus, faisant saillie entre les grandes lèvres, augmentant par la station verticale et les efforts, diminuant de volume et même disparaissant complétement par le repos au lit. Cette tumeur a une consistance molle,

non élastique, et se réduit facilement; elle s'implante sur la paroi antérieure du vagin, en un point plus ou moins rapproché de l'orifice vulvaire.

Le cathétérisme permet de reconnaître sûrement la nature de la tumeur, en même temps qu'il donne la notion précise de la direction et de la longueur de l'urèthre.

Nous voilà arrivés à un point très-important de l'histoire de la cystocèle vaginale, c'est le traitement. Sur les cas légers, il n'y a pas de contestation possible entre les chirurgiens, il faut éviter une opération sanglante et parer seulement aux inconvénients de la hernie par l'application d'un pessaire. Mais dans des cas plus graves, le pessaire a paru ne plus suffire et on a cherché à guérir radicalement la cystocèle. Nous allons d'abord exposer les divers procédés opératoires qu'on a employés pour cette cure radicale. Nous discuterons ensuite leur valeur pour arriver à formuler le traitement qui nous paraît le plus rationnel.

Sans parler de la suture de l'orifice vulvaire, on peut réduire à trois principaux les procédés opératoires employés :

1° En 1835, Velpeau opérait une cystocèle par le procédé de Marshall-Hall pour les chutes de la matrice. Trois lambeaux antéro-postérieurs étaient enlevés et les bords de chaque plaie rapprochés par des points de suture ;

2° En 1838, Jobert, voulant diminuer l'étendue de la cicatrice et ne pas produire de perte de substance considérable qui amenât une suppuration abondante, employait le procédé suivant : à différentes reprises et à plusieurs jours d'intervalle, il dessinait avec le crayon de nitrate d'argent deux ou plusieurs lignes de 12 millimètres environ de largeur, soit longitudinales, soit transversales ; puis il avivait et il accolait les surfaces saignantes à l'aide d'une gaîne. La gaîne restait en place et faisait l'office d'épingle pour soutenir une suture entortillée. Au bout de huit jours, les gaînes tombaient ou étaient retirées.

Dans les derniers temps Jobert avait modifié sa méthode, et aux cautérisations faites avec le nitrate d'argent, il avait substitué des cautérisations superficielles faites avec le fer rouge et distantes l'une de l'autre de plusieurs semaines. Il laissait ainsi au tissu cicatriciel qui en était la conséquence tout le soin de la réduction de la cystocèle ; le second temps de l'opération n'existait donc plus et il n'était plus besoin de faire de suture entortillée ;

3° M. Huguier, en 1859, se servit d'un procédé un peu différent,

bien que basé sur les mêmes principes. Le canal de l'urèthre ayant été préalablement dilaté, l'opérateur introduit l'auriculaire dans la vessie. Deux, quatre, six ou huit épingles sont enfoncées au-dessous de la muqueuse du vagin. Elles sont deux à deux et en croix. Puis une chaîne d'écraseur est jetée autour des épingles et détermine ainsi une perte de substance de la muqueuse. Les bords de la plaie sont ensuite rapprochés par la suture. Plus tard, M. Huguier remplaça l'écraseur par un simple fil qui étranglait la muqueuse et amenait une eschare.

Les observations de guérison qui suivent l'exposé de chacun de ces modes de traitement paraissent probantes, à cause du résultat immédiatement obtenu. Mais on peut faire deux objections très-sérieuses. D'une part, l'opération en elle-même n'est pas sans gravité. Il n'est pas toujours indifférent d'enflammer les muqueuses vésicale et vaginale et de s'exposer, en perforant la vessie dont les parois sont devenues plus minces, à amener une fistule vésico-vaginale.

D'autre part, les malades n'ont pas été suivies assez longtemps après leur sortie de l'hôpital, et l'on n'est pas en droit d'affirmer leur guérison permanente. Au contraire, la cystocèle peut, à bon droit, être assimilée aux hernies intestinales qui, si l'on n'a pas pris soin d'appliquer un bandage, se reproduisent bien souvent après l'opération de la hernie simple ou étranglée.

La cicatrice de la muqueuse vaginale se laisse de même distendre facilement, et la cystocèle reparaît, si, consécutivement à l'opération, on a négligé l'emploi du pessaire. Il en résulte que le traitement fait en vue de la guérison radicale est inutile et peut même devenir dangereux.

Le pessaire doit donc être employé et seul employé dans tous les cas. Mais, dira-t-on, il se présente des circonstances où le pessaire ne maintient point la réduction? Cette assertion, vraie autrefois, ne l'est plus aujourd'hui. Le perfectionnement apporté aux pessaires et surtout l'addition du plancher périnéal en caoutchouc qui soutient le réservoir d'air, et par suite la tumeur, ne laissent plus de ces cas où la réduction ne peut absolument pas être maintenue. (Voir la figure, p. 60.)

En résumé, le traitement de la cystocèle se borne à l'application d'un pessaire, mais d'un pessaire qui, trouvant un point d'appui solide en dehors des organes génitaux, offre ainsi une résistance invincible à la hernie faisant effort vers l'extérieur.

THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE.

Note sur la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse ;

Par le docteur Léon Gros.

Les faits de rétroversion de la matrice pendant la grossesse ne sont rien moins que rares, et de nombreux écrits sur ce sujet ont assez élucidé la question pour qu'il soit difficile de donner sur cette affection des détails bien nouveaux. Cependant j'ai pu m'assurer tout récemment encore qu'il est des praticiens qui ne se rendent pas un compte bien exact des conséquences de cet accident et des moyens que nous possédons pour y remédier. Or comme il m'a été donné d'en observer trois cas dans des circonstances assez dissemblables et que le rapprochement de ces cas me paraît ne pas manquer d'un certain intérêt, j'ai cru bien faire de les réunir et de les livrer à la publicité. Ce n'est donc pas une monographie de la rétroversion que je compte faire, mais une simple note reposant sur des observations qui me sont propres.

Je rappellerai seulement, en forme de préambule, que cette affection était déjà connue d'Hippocrate et d'autres anciens, qui affirment qu'on peut la guérir en introduisant dans le rectum deux doigts qui soulèvent le fond de l'utérus. Complétement tombée dans l'oubli, elle en fut tirée en 1715 par Desgranges et en 1746 par Grégoire. En Angleterre, en 1754, Hunter fit connaître l'observation d'une jeune femme qui succomba à une rupture de la vessie dans le quatrième mois de sa grossesse. Peu après on signala deux nouveaux cas de mort dont l'autopsie seule donna l'explication. En 1776 Hunter publiait un mémoire sur ce sujet et cherchait à expliquer l'origine de la rétroversion. Depuis lors de nombreux travaux furent publiés sur ce sujet, et il est peu de recueils périodiques, de bulletins de sociétés médicales qui ne contiennent des observations plus ou moins complètes de rétroversion de l'utérus pendant la grossesse.

Je citerai en particulier, dans la *Gazette des hôpitaux* de 1848, l'intéressante lettre de M. Paul Dubois, rédigée par M. Pajot; dans l'*Union médicale* de la même année, les *Leçons* de M. Dubois, rédigées par Laborie; la collection des archives générales de médecine, qui renferment de nombreux travaux sur le même sujet et

enfin d'une manière toute spéciale la *Thèse d'agrégation* (1863) de M. Salmon, qui me paraît le travail le plus remarquable et le plus complet sur la question qui nous occupe en ce moment.

On ne s'étonnera du reste pas de l'empressement avec lequel les auteurs ont publié les faits d'enclavement utérin qu'ils ont été à même d'observer, quand on réfléchit à la gravité que peut présenter cet accident lorsqu'il n'est reconnu que trop tard, alors que le volume de la matrice ne lui permet plus de reprendre sa position normale, d'être refoulé dans le grand bassin où seul il trouve la place nécessaire pour pouvoir renfermer un fœtus de plus de six mois.

Pour montrer les conséquences désastreuses que peut avoir cet enclavement, je me bornerai à relater ici l'observation de Mayor de Lausanne (*Presse médicale*, 1837, n° 20, et *Arch. gén. de méd.*, 2e série, t. XIV, p. 93).

J. G***, trente-deux ans, mère de trois enfants, était grosse d'environ trois mois et demi lorsqu'elle fut prise dans la journée du 7 novembre 1836 de douleurs vagues. Le soir, ces douleurs devinrent assez vives pour lui arracher des cris et faire croire à un avortement. Bientôt on s'aperçut qu'une grosseur sortait des parties génitales. Une sage-femme, un accoucheur furent aussitôt appelés, mais, vu l'éloignement, ce dernier n'arriva que vers trois heures et demie du matin. La tumeur était énorme. Après quelques recherches, le chirurgien la reconnut pour la matrice dans l'état complet de rétroversion et parvint à la repousser dans sa position naturelle ; mais la malade, dont l'état n'avait fait qu'empirer, succomba peu d'instants après la réduction.

Autopsie : Les parties sexuelles extérieures, légèrement entr'ouvertes, laissèrent apercevoir à 2 lignes de profondeur, dans la direction de la fourchette, une plaie frangée. Au toucher, le vagin paraît lisse et on arrive au col utérin appuyé contre le pubis, fermé et sans engorgement. Vagin lâche, corps de la matrice très-mobile. Vessie large et flasque, ne contenant pas d'urine, élevée au-dessus du pubis, couvrant en partie le corps de la matrice et paraissant avoir été distendue. Utérus de forme pyramidale, long de 6 pouces sur 5 de large, mou, flasque, rougeâtre. Dans la paroi péritonéale du bassin, au-devant du sacrum, plaie transversale du péritoine, large de 9 pouces, qui était l'orifice supérieur d'un canal accidentel dont l'ouverture inférieure était constituée par la déchirure du vagin déjà indiquée, dont la largeur était d'environ 5 pouces dans sa dilatation et dont la partie moyenne occupait la cloison recto-vaginale

lacérée. Ce canal établissait donc entre la cavité abdominale et la paroi postérieure du vagin une large communication. En pressant le corps de la matrice dans l'ouverture supérieure on le fit entrer sans effort par l'orifice inférieur près de la fourchette. Col utérin allongé, fermé; poche amniotique intacte contenant un fœtus d'environ trois mois et demi. Cordon ombilical intact, placenta meurtri et broyé. Membranes muqueuse et musculaire du rectum intactes.

Baynham (*Edimb. med. and surgic. Journal*, avril 1830) relate aussi un fait remarquable, surtout parce que la grossesse était parvenue au terme de six mois. Le redressement ne put être obtenu que par la ponction de l'utérus et fut suivi d'avortement au bout de vingt-quatre heures.

Voici maintenant les observations qui me sont propres :

Obs. I. *Rétroversion et enclavement d'un utérus gravide.* — M[me] W***, de moyenne taille, de tempérament essentiellement nerveux, a eu dans sa seconde enfance des atteintes de rhumatisme articulaire, des désordres fréquents de la digestion, qui, traités à l'étranger par les émissions sanguines, ont laissé après eux une assez grande faiblesse et une sensibilité presque constante de la région épigastrique.

Devenue enceinte peu de mois après son mariage, elle éprouva dès les premières semaines de sa grossesse, outre les troubles digestifs habituels, un prurit général insupportable, qui a présenté des particularités assez curieuses pour que j'en fasse le sujet d'une communication spéciale (1), me bornant à relater ici ce qui a trait à l'enclavement de l'utérus.

Vers la fin d'avril 1849, la grossesse étant arrivée à près de quatre mois, je fus consulté par M[me] W*** pour une douleur fixe qu'elle ressentait, me dit-elle, depuis plus de deux mois et qui dans ces derniers temps avait augmenté au point de la priver presque entièrement de sommeil. Cette douleur sourde, continue, occupait la fosse iliaque gauche. La mixtion est difficile, les urines sont rendues fréquemment et en petite quantité à la fois.

Me livrant alors à un examen complet, je fus d'abord frappé de l'absence presque absolue de développement du ventre. Le palper abdominal ne fait percevoir aucune trace du globe utérin. La vessie n'est pas distendue par l'urine. Au toucher vaginal, je trouve le

(1) V. *Bull. gén. de Thérap.*, t. LXXV, p. 482.

col utérin fortement appliqué contre la branche descendante droite du pubis, la matrice placée horizontalement, entièrement enclavée dans le petit bassin, son fond appuyant sur l'os iliaque gauche, au point où la malade accusait de la douleur. Le développement de l'utérus était bien celui d'une grossesse arrivée au quatrième mois.

Je crus inutile de vider préalablement la vessie qui ne m'avait pas paru pleine et j'essayai de suite d'attirer en bas le col de l'utérus avec mon index replié en crochet. Plusieurs tentatives furent infructueuses. J'introduisis alors trois doigts dans le vagin et recommençai à tirer sur le col avec l'indicateur recourbé, tandis qu'avec le médius je soulevai le corps en arrière. Après plusieurs efforts, je réussis à faire basculer l'utérus qui aussitôt s'éleva rapidement au-dessus du détroit supérieur, tandis que le col reprenait sa position normale. Ces manipulations furent très-douloureuses, mais aussitôt que la matrice eut repris sa position normale, la malade accusa un soulagement notable et le point douloureux de la fosse iliaque se trouva considérablement amendé. Je ballottai pour m'assurer que la matrice était bien mobile, j'appliquai un bandage de corps assez serré et j'ordonnai le repos absolu pendant plusieurs semaines. En peu de temps le ventre prit un développement en rapport avec la période à laquelle était parvenue la grossesse. Celle-ci suivit un cours régulier, mais la malade conserva toujours une douleur sourde dans la fosse iliaque gauche. Elle la ressentait encore plusieurs semaines après sa délivrance.

La rétroversion utérine ne se reproduisit pas dans deux grossesses ultérieures.

Je questionnai avec soin la malade pour savoir à quelle cause attribuer chez elle cet enclavement de l'utérus, et je crois que le déplacement s'est fait brusquement sous l'influence d'un mouvement violent. Mme W*** croit en effet se souvenir que cette douleur fixe qui existait dans la fosse iliaque gauche et qui, comme nous l'avons vu, correspondait à l'endroit sur lequel appuyait fortement le fond de l'utérus, s'est fait sentir à la suite d'une chute du haut d'un escabeau. L'escabeau ayant vacillé, Mme W*** sauta à terre et retomba un peu lourdement sur les deux pieds. Je dois dire cependant que lors de mon premier examen Mme W*** avait oublié cette particularité et que ce n'est que plus tard qu'elle s'en est souvenue. Quoi qu'il en soit, je suis assez porté à admettre dans ce cas une cause de ce genre, parce que les causes qui amènent d'ordinaire la rétroversion lente, en particulier l'accumulation des urines dans la ves-

sie ou celle des matières fécales dans le gros intestin, n'ont jamais existé chez elle. Il n'y avait pas non plus chez elle de dimensions exagérées du bassin ni position vicieuse habituelle de l'utérus, enfin aucune des causes qui puissent expliquer la rétroversion en dehors d'une cause accidentelle, brusque.

Obs. II. *Rétroversion utérine dans deux grossesses successives. Relâchement de la symphyse pubienne pendant la première grossesse seulement.* — Mme G***, âgée de vingt-quatre ans, de tempérament lymphatique, sujette à des troubles variés de la digestion, était mariée depuis plusieurs mois quand elle devint enceinte dans le courant d'octobre 1861. Les premières semaines se passèrent sans trop de malaise, et les troubles gastriques furent moins prononcés qu'on aurait pu s'y attendre.

Dans les derniers jours de décembre, Mme G*** réclama mes soins pour une gêne très-grande qu'elle éprouve dès qu'elle abandonne la position horizontale. Dès qu'elle descend de son lit, elle ressent des douleurs dans les cuisses et un sentiment de déchirement à la région du pubis. Pendant quelques instants elle a peine à maintenir son équilibre ; il lui semble (ce sont ses propres expressions) que ses membres inférieurs ne tiennent plus ensemble, qu'elle est disloquée. La marche est impossible. De plus, depuis quelques jours il y a une dysurie pénible et une constipation assez opiniâtre.

J'examinai Mme G*** avec soin et constatai d'abord l'absence de développement du ventre, une grande sensibilité de la région pubienne se réveillant lorsque la malade exécute des mouvements avec les membres inférieurs aussi bien que lorsqu'on comprimait la ceinture osseuse du bassin. La symphyse pubienne est évidemment relâchée, plus ou moins mobile, ce qui explique parfaitement les symptômes signalés par la malade. Le toucher vaginal me fait reconnaître une rétroversion prononcée de l'utérus. C'est à grand'peine que l'extrémité du doigt peut atteindre le col, profondément caché derrière le pubis, tandis que le corps de l'utérus, developpé comme dans le troisième mois d'une grossesse, est fortement renversé en arrière et repose sur la paroi postérieure du vagin, qu'il refoule vers le bas. Cette position vicieuse de la matrice expliquait parfaitement à son tour les symptômes fournis par la miction ainsi que la constipation. La matrice, cependant, n'était pas enclavée; il suffisait d'attirer le col en bas avec le doigt indicateur recourbé en crochet pour faire basculer la matrice et la remettre dans l'axe du bassin,

ce qui s'explique par l'époque peu avancée de la grossesse. On peut hardiment avancer que sans l'existence du relâchement de la symphyse, qui m'amena à un examen complet, la rétroversion utérine aurait encore pu passer inaperçue pendant quelques semaines, et que plus tard elle eut produit tous les accidents qui accompagnent d'ordinaire ce vice de conformation. Quoi qu'il en soit, en présence de ce relâchement de la symphyse et du déplacement utérin, j'ordonnai un repos absolu au lit, et au lieu de laisser la malade dans le décubitus dorsal je la fis *coucher sur le ventre*, m'étant assuré par le toucher que, dans cette position, la matrice se rapprochait beaucoup plus de la position normale. Cette position n'a, d'ailleurs, rien de très-gênant lorsqu'on permet, comme je le fis, de la quitter de temps à autre et qu'on permet à la malade de s'endormir sur le côté.

Au bout de huit jours déjà la rétroversion était considérablement modifiée. Au bout de quinze jours, la matrice dépassait le détroit supérieur et était facilement sentie par le palper abdominal. Je fis porter à Mme G*** une ceinture élastique, mais résistante, emprisonnant exactement l'abdomen en passant par-dessus les os iliaques et le pubis, et je vis avec satisfaction que la marche était, sinon facile, du moins supportable. J'ordonnai encore beaucoup de repos, le décubitus sur le ventre pendant la plus grande partie de la journée, jusqu'à ce que, la grossesse ayant dépassé le terme de quatre mois, le volume de l'utérus s'opposât à un nouveau déplacement. Depuis ce moment, les symptômes de relâchement du pubis allèrent toujours en diminuant, et la grossesse arriva heureusement à terme. Les douleurs ayant diminué d'intensité alors que la tête s'engageait dans le détroit supérieur, je terminai l'accouchement avec le forceps sans aucun accident. Le relâchement des symphyses ne reparut ni après l'accouchement, ni pendant une nouvelle grossesse qui survint cinq mois après la délivrance.

Deux mois après la délivrance, j'eus la curiosité de m'assurer de la position de la matrice à l'état de vacuité, et je constatai, comme du reste je m'y attendais, que la rétroversion existait comme lors de mon premier examen; ainsi, chez cette malade, on ne pouvait invoquer comme cause de la rétroversion de l'utérus gravide ni la constipation, comme le veulent certains auteurs, ni la rétention d'urine, comme l'admettent, depuis Hunter, le plus grand nombre des observateurs. L'utérus gravide était en rétroversion parce qu'il était habituellement dans cette position. Disons, en passant, que

ce fait donne un démenti à ceux qui considèrent les déplacements utérins, la rétroversion en particulier, comme une cause de stérilité. Chez Mme G*** le col utérin, en dehors de tout état de grossesse, était logé très-haut en avant, derrière le pubis, et, malgré cela, la conception a été très-facile. Je prévins Mme G*** qu'à une seconde grossesse elle serait contrainte, à partir du milieu du troisième mois, de prendre les mêmes précautions que pendant sa première grossesse, et je recommandai de surveiller avec soin les garde-robes et l'émission des urines.

Vers le milieu du troisième mois, en effet, il y eut de nouveau quelques symptômes de dysurie, avec sentiment de plénitude dans le bassin et une douleur vague vers les lombes. Je jugeai le moment opportun pour faire reprendre le décubitus sur le ventre, et, six semaines après, le volume de la matrice s'opposant à un enclavement et le toucher, ainsi que le palper abdominal, m'ayant démontré que la position de la matrice était parfaitement normale, je me bornai à recommander l'emploi d'une ceinture hypogastrique, et la grossesse suivit son cours sans encombre.

Depuis lors, j'ai perdu cette malade de vue.

Avant d'aller plus loin, qu'on me permette ici une courte digression en signalant ce fait assez rare d'un relâchement de la symphyse pubienne *dans les premiers mois de la grossesse.* En effet, cet accident bien connu, qui, souvent, se complique d'inflammation, et même parfois de suppuration des tissus de la symphyse, ne se manifeste le plus souvent que dans les derniers mois de la grossesse, et persiste presque toujours un certain temps après l'accouchement. Ce sont, en particulier, des faits de ce genre que MM. Devilliers, Guibout et Duparcque ont communiqués à la Société de médecine de Paris dans la séance du 17 avril 1862 (voir *Gaz. hebdom.*, 1862, p. 347). Je ne connais qu'une observation qui puisse, jusqu'à un certain point, être rapprochée de la mienne. Elle appartient à Louis, et se trouve consignée dans les *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie.* C'est un cas d'inflammation des symphyses pubiennes, qui débuta au second mois de la grossesse avec tous les signes du relâchement.

Voici maintenant le troisième fait de rétroversion utérine que je crois digne d'attention, et qui me paraît démontrer ce que j'ai dit au début de ce travail, qu'il est des praticiens qui ne connaissent que bien imparfaitement le sujet que nous traitons. Je ne saurais

appeler cela une observation, puisque je n'ai vu la malade que longtemps après sa dernière grossesse.

Il y a deux mois se présente chez moi Mme P***, âgée de vingt-six ans, habitant une grande ville d'Italie, se plaignant d'une fatigue extrême dès qu'elle fait la moindre marche, de douleurs vagues dans les lombes et dans les cuisses, de constipation, de dysurie habituelle et de palpitations. Interrogée sur ses antécédents, elle me fit le récit suivant :

Mariée à seize ans, ayant toujours joui d'une bonne santé, quoique sujette à des crampes utérines au moment des époques menstruelles, elle devint enceinte au bout de peu de mois de mariage. La grossesse fut exempte d'accidents, ses couches furent simples et faciles et sa santé se remit promptement. Devenue enceinte pour la *seconde* fois, dix-huit mois après son premier accouchement, elle éprouva, dès les premières semaines de cette seconde grossesse, des malaises nombreux, en particulier, des vomissements fréquents et une grande constipation. Vers quatre mois de grossesse survinrent des douleurs vives dans le ventre, qui ne furent combattues que par des moyens insignifiants. Les accidents ne tardèrent pas à s'aggraver, il survint des contractions utérines, la fièvre s'alluma ; le médecin diagnostiqua une péritonite et la combattit par des saignées, des sangsues, des vésicatoires, etc..., mais rien ne calma les douleurs ; les contractions utérines devinrent incessantes, et, après trois semaines de douleurs inouïes, le travail d'expulsion se déclara et la malade avorta au terme de cinq mois. Les accidents se calmèrent comme par enchantement, et peu de jours après la santé était parfaitement rétablie.

Plusieurs médecins avaient été appelés en consultation avant l'avortement, mais un seul pratiqua le toucher, et cela au moment même de l'avortement. Celui-ci déclara au mari de Mme P*** que l'accident survenu à sa femme provenait d'un vice de conformation, qu'une nouvelle grossesse aurait la même issue que la précédente, qu'enfin sa femme ne saurait plus avoir d'enfant sous peine d'avortement ou de mort. On conçoit facilement combien ce verdict affecta les deux époux ; il fut cependant respecté, et depuis huit ans il n'y eut plus de grossesse.

J'examinai avec soin Mme P***, et le toucher vaginal, la femme étant debout, me permit de constater une rétroversion prononcée de la matrice avec engorgement considérable du corps de l'utérus et un grand relâchement des parois du vagin. Le corps de l'utérus

repose sur la paroi inférieure du vagin; le col, très-abaissé, est directement dirigé en avant. La matrice, du reste, est parfaitement mobile et peut, avec la plus grande facilité, être replacée dans sa position normale et même être refoulée assez haut. Il n'y a donc pas apparence d'adhérences anciennes, comme l'existence antérieure d'une péritonite pourrait le faire craindre. L'intestin est fortement distendu par des matières fécales dures et bosselées. La vessie paraît parfaitement libre. L'examen au spéculum me montre la muqueuse utérine et vaginale pâle et décolorée, mais il n'existe aucune érosion; les flueurs blanches sont peu abondantes. Je constate en outre chez Mme P*** du souffle dans les vaisseaux du cou, de la décoloration des muqueuses oculaire et gingivale, en un mot, des signes manifestes de chlorose. Je prescris en conséquence un régime tonique, l'usage interne des ferrugineux, des injections froides et astringentes au tannin ou à l'écorce de chêne, répétées matin et soir, des lavements ou de légers laxatifs pour combattre la constipation, et l'usage habituel d'une ceinture hypogastrique élastique.

Je revis Mme P*** quinze jours plus tard et pus déjà constater une amélioration notable dans son état. La marche est plus facile, les douleurs lombaires sont presque nulles. L'utérus, toujours rétroversé, mais parfaitement mobile, est moins volumineux, les parois vaginales sont moins flasques, l'intestin est libre.

Quinze jours après cette seconde visite, l'amélioration avait encore fait de nouveaux progrès, et je crus alors devoir rassurer ma malade sur les conséquences d'une nouvelle grossesse. Je lui donnai une note écrite dans laquelle j'établissais que, suivant moi, une grossesse n'aurait pas nécessairement les conséquences désastreuses annoncées par mon confrère italien; qu'il ne s'agissait chez elle que d'une rétroversion utérine; qu'il y aurait lieu, si une grossesse survenait, d'en surveiller attentivement la marche et de veiller à ce que, avant le troisième mois révolu, ou aussitôt que quelque symptôme insolite viendrait à se manifester, la matrice ne restât pas en rétroversion, mais qu'il faudrait la refouler dans le grand bassin jusqu'à ce que son volume ne lui permît plus de franchir le détroit supérieur. J'exposai en détail les procédés mis en usage par nos maîtres pour arriver à ce résultat et donnai, en un mot, tous les conseils qui me parurent de nature à éclairer le confrère appelé à donner ultérieurement des soins à cette intéressante malade.

Ce qui m'encourageait à émettre cet avis et à lever l'interdit qui

depuis huit ans pesait sur ce ménage, c'est, outre l'issue heureuse de la plupart des grossesses dans le cas de rétroversion, alors que celle-ci est reconnue à temps, la parfaite mobilité de l'utérus chez Mme P*** et la facilité avec laquelle on pouvait le refouler en haut. Il n'y a donc, à mon sens, aucune raison pour que, chez elle, on n'arrive pas à obvier utilement aux inconvénients de la rétroversion, et je suis convaincu qu'avec des soins éclairés une grossesse pourra arriver heureusement à terme.

Mme P*** me promit, d'ailleurs, de suivre exactement le traitement que je lui ai prescrit et de me tenir au courant de son état de santé.

Je ne crois pas qu'il puisse y avoir deux manières d'interpréter le fait pathologique que je viens de relater, bien que certains détails intéressants me fassent défaut. J'aurais voulu, en particulier, pouvoir remonter à la cause de cette rétroversion, qui paraît ne pas avoir existé lors de la première grossesse et dont les premiers symptômes coïncident avec les premiers mois de la seconde grossesse. Mais il ne m'a pas été possible d'élucider cette question : Mme P*** ne se souvient pas d'avoir fait une chute, d'avoir subi un choc. Quoi qu'il en soit, il me paraît évident que l'avortement a été causé par l'enclavement de l'utérus, que les douleurs si vives allant toujours en augmentant jusqu'à l'avortement, résistant au traitement énergique mis en usage pour céder presque instantanément après la déplétion de l'utérus, dépendaient de cet enclavement, et non d'une péritonite. Il me paraît évident que le toucher vaginal aurait immédiatement éclairé le diagnostic, et qu'au début des accidents on aurait réussi à les faire cesser en refoulant la matrice au-dessus du détroit supérieur. Il me paraît enfin probable que le praticien qui a averti le mari qu'il existait un vice de conformation chez sa femme avait reconnu la position vicieuse de la matrice, mais qu'il ne savait pas que, prévenu à temps, on pourrait, à une grossesse ultérieure, éviter les accidents qui avaient amené la mort du produit et menacé les jours de la mère.

Ces considérations me paraissent suffisantes pour me persuader que la publication de cette note n'est pas tout à fait inutile.

CHIMIE ET PHARMACIE

Réglementation de la pharmacie en Angleterre.

Par M. Bouilhon, pharmacien.

Les journaux de pharmacie viennent de publier un fait assez important.

L'exercice de la pharmacie, qui de tout temps avait joui en Angleterre de la liberté la plus illimitée, vient d'être réglementé. Les empoisonnements s'étaient accrus dans de telles proportions que, d'après un relevé du docteur Taylor, ils auraient atteint le chiffre annuel de cinq cents. L'opinion publique s'en est émue sérieusement, et le gouvernement anglais, sollicité de tous côtés, s'est enfin décidé à essayer d'apporter un remède à ce funeste état de choses.

Il est bien curieux de penser qu'un grand nombre de pharmaciens français réclament une liberté à peu près analogue à celle que nos voisins d'outre-Manche viennent d'être obligés de supprimer.

La nouvelle loi élaborée par le Parlement anglais n'aura pas d'effet rétroactif, tous les chemist, druggist, chemist and druggist, dispensing chemist, dispensing druggist, pharmacist, pharmaceutist et autres noms dont se décorent nos confrères de la Grande-Bretagne continueront d'exercer leur profession, à la seule condition de se faire inscrire sur le registre des pharmaciens, publié chaque année.

Mais à partir du 31 décembre 1868, nul ne pourra s'établir pharmacien sans avoir le diplôme de pharmaceutical chemist ou de chemist and druggist, conférés par la Société de pharmacie. Les élèves ayant vingt et un ans et trois années de stage au moment de la promulgation de la loi, seront admis à passer un examen modifié, plutôt pratique que théorique (probablement très-facile), pour obtenir le diplôme de chemist and druggist.

La vente des substances vénéneuses en détail et pour l'usage de la médecine est *exclusivement* réservée aux pharmaciens, qui devront se conformer aux règlements publiés par la Société de pharmacie d'accord avec le conseil privé.

Tout pharmacien qui ne sera pas dûment inscrit sur le registre ou toute personne qui prendra ce titre illégalement tombera sous

le coup d'une condamnation sur procédure sommaire (on summary conviction) entraînant une amende de 5 livres (125 francs).

La nouvelle loi interdit aux médecins de délivrer des poisons, s'ils n'ont pas le titre légal de pharmacien. Cette conséquence découle de ce que nous avons dit précédemment.

Seront passibles d'une amende de 5 livres (125 francs) les pharmaciens qui, à partir du 31 décembre 1868, ne se seront pas conformés, dans l'exécution de leurs préparations, aux formules indiquées dans la nouvelle pharmacopée anglaise.

La loi définit comme poisons : les substances vénéneuses les plus dangereuses et les plus connues, décrites dans le tableau suivant.

Examinons ce tableau, et voyons s'il remplit parfaitement le but proposé; nous nous apercevrons qu'il est incomplet, peu explicite et par conséquent assez facile à éluder.

PREMIÈRE PARTIE.

Arsenic et ses préparations. — Tout le monde s'écriera : Voilà qui est net et parfaitement défini, pas d'ambiguïté possible, par conséquent on défie bien le pharmacien anglais de délivrer une substance arsenicale sans être réglementé par le tableau des substances vénéneuses.

On se trompe, et voici du reste l'exemple à l'appui.

Il existe dans la nature deux sulfures d'arsenic, l'orpiment et le réalgar, qui ne sont pas de l'arsenic et qui ne sont pas des préparations, pas plus que la pierre à bâtir ou le marbre de nos cheminées, attendu que jamais la main de l'homme n'en a combiné les éléments. On pourra donc les délivrer en toute liberté. Si, par contre, on considérait comme préparations arsenicales les composés naturels, on serait forcé d'y comprendre la plupart des eaux minérales, telles que celles des Pyrénées, du Mont-Dore, de Vals, de Vichy, etc., etc., et même les pastilles et sels provenant de l'évaporation de ces eaux.

Acide prussique. Cyanure de potassium et tous les cyanures métalliques. — Pourquoi spécifier le cyanure de potassium, quand on dit tous les cyanures métalliques; les auteurs du tableau craignent-ils qu'on ignore que le potassium est un métal ?

Il paraîtrait que le cyanhydrate d'ammoniaque n'est pas considéré comme vénéneux de l'autre côté de la Manche, à moins que les auteurs du tableau n'aient pris l'ammoniaque pour un métal.

En tout cas, nous ne conseillerons à personne, malgré son absence sur le tableau des substances vénéneuses, d'essayer de s'en ingurgiter quelques grammes, car nous supposons qu'on pourrait s'en trouver très-fortement incommodé. Même réflexion pour les cyanhydrates de méthylamine, d'éthylamine, etc., etc. Nous ne ferons aussi que signaler les chlorures, bromures, iodures, etc., de cyanogène.

Strychnine, ainsi que tous les alcaloïdes végétaux vénéneux et leurs sels. — Pourquoi spécifier la strychnine? c'est un alcaloïde, il est vénéneux, il rentre donc naturellement dans la proscription générale.

A propos d'alcaloïdes, nous ne serions pas fâché de savoir si la quinine est comprise dans cette liste; il aurait été plus utile d'en parler plutôt que de la strychnine, au sujet de laquelle personne n'a jamais eu de doutes. Les uns prétendent que la quinine est vénéneuse, d'autres affirment le contraire; il paraît prouvé qu'on peut en prendre sans inconvénient une dose assez forte. Ce n'est donc, en somme, qu'une question de quantité en rapport avec l'idiosyncrasie du sujet pour arriver à la dose toxique. La même réflexion pourra s'appliquer à la caféine. De plus, il n'est pas dit si les substances qui contiennent ces fameux alcaloïdes vénéneux ou leurs sels sont soumises à l'inscription au registre des poisons, ou bien si ce sont simplement les alcaloïdes.

Dans le premier cas, en admettant la quinine et la caféine comme vénéneuses, le quinquina et toutes ses préparations, ainsi que le café, deviendraient des poisons. Nous plaindrions alors sincèrement nos voisins d'outre-Manche, car il leur serait impossible de prendre leur demi-tasse autre part que chez l'apothicaire, et sur prescription spéciale d'un médecin.

Dans le second cas, on pourrait délivrer librement non-seulement les alcaloïdes les plus vénéneux dès qu'ils seraient en solution ou mélangés avec d'autres matières, mais même les substances d'où ils sont extraits, tels que noix vomique, fève de Saint-Ignace, vératrum, colchique, etc., etc.

En présence d'instructions aussi élastiques, nous nous demandons si tous les pharmaciens anglais les interpréteront de la même façon.

Aconit et ses préparations. — Les auteurs du tableau sont bien larges au sujet des préparations d'aconit; en consultant des ouvrages de pharmacie, il est facile de se convaincre que l'alcoolature

bien préparée est la seule active; toutes les autres sont ou plus qu'infidèles, ou, ce qui revient au même, inertes. L'extrait aqueux d'aconit pourrait au besoin, s'il avait une saveur plus agréable, être mangé sur du pain en guise de raisiné. Il partagerait, du reste, ce nouvel emploi avec la thridace.

Émétique. — Puisqu'il est question de sels d'antimoine, pourquoi ne pas ajouter le protochlorure ou beurre d'antimoine, qui est une substance bien autrement violente que l'émétique?

Sublimé corrosif. — Nous nous demandons si les auteurs du tableau ne connaissent que ce sel de mercure. Les sulfates, azotates, acétates et autres composés possèdent pourtant une action à peu près aussi énergique.

Cantharides. — Nous nous demanderons aussi ce que les auteurs du tableau ont bien voulu entendre par ce mot. Les cantharides ne s'emploient jamais entières. On se sert de la poudre, des extraits ou des teintures. Les auteurs du tableau ont-ils sous-entendu leurs préparations? Dans ce cas, les vésicatoires seront classés parmi les poisons.

Sabine et son huile essentielle. — A-t-on voulu s'opposer à leur emploi comme abortifs? Dans ce cas, pourquoi passer sous silence la teinture et les autres préparations?

Seigle ergoté et ses préparations. — Le seigle ergoté est en effet vénéneux, quoiqu'on puisse en administrer plusieurs grammes sans danger; mais ses préparations, l'extrait aqueux et l'ergotine, ne le sont pas, puisqu'elles sont privées de l'huile.

DEUXIÈME PARTIE.

Acide oxalique. — Nous ne comprenons pas pourquoi ce corps figure au tableau. Un grand nombre de produits chimiques qui circulent très-librement dans l'industrie et le commerce ont une action bien autrement corrosive; on peut citer les acides sulfurique et azotique. Par son annexion au tableau des poisons, les ménagères anglaises vont-elles se trouver condamnées à conserver éternellement leur linge avec des taches de rouille, et leur batterie de cuisine oxydée?

Chloroforme. — Pourquoi mettre le chloroforme au tableau des poisons? On répondra que cette mesure a pour but d'empêcher les malades de rechercher eux-mêmes et en l'absence du médecin, un soulagement à leurs souffrances en s'anesthésiant. Cette raison peut

avoir sa valeur; car ce corps, manié sans précaution et par des personnes inexpérimentées, peut amener de graves accidents et même la mort. Ces accidents regrettables se sont produits quelquefois entre les mains de nos médecins les plus habiles.

Pourquoi alors, puisque c'est l'anesthésie qui est proscrite, ne pas mettre l'éther hydrique au tableau des poisons, ainsi que la liqueur des Hollandais, l'amylène et le protoxyde d'azote? Nous ne parlons que des substances vulgairement connues, car la plupart des autres éthers possèdent des propriétés analogues.

Un travail publié cette année par un de nos meilleurs chirurgiens prouve surabondamment que l'emploi de l'éther hydrique ne met nullement à l'abri des accidents qui peuvent résulter de l'anesthésie.

Belladone et ses préparations. Huile essentielle d'amandes, à moins qu'elle n'ait été débarrassée de son acide prussique.—On serait tenté de croire, d'après cette phrase, que l'acide cyanhydrique dans l'essence d'amandes amères est un embarras pour celui qui l'utilise. Nous avons au contraire constaté que celle qui en était privée, et ainsi transformée en hydrure de benzoïle à peu près pur, avait une odeur bien moins agréable; de plus, sous cet état, elle absorbe l'oxygène de l'air avec une rapidité extraordinaire, en passant à l'état d'acide benzoïque. L'essence d'amandes amères privée d'acide cyanhydrique sera donc un produit de qualité plus que secondaire dont personne ne voudra se servir.

Pendant que les auteurs du tableau recherchaient si minutieusement tous les composés renfermant de l'acide cyanhydrique, ils auraient bien dû accorder quelque attention à l'eau distillée de laurier-cerise; ils se seraient alors aperçus probablement, à leur grand étonnement, qu'elle contenait assez de cet acide pour que le Codex français, afin d'en régulariser l'action, ait jugé à propos de la faire ramener au titre de 500 milligrammes par kilogramme.

Opium et toutes les préparations d'opium ou de pavots. — Les préparations de pavots nous semblent assez mal placées en les confondant avec celles d'opium. En France, on connaît l'action de chacune de ces substances. A-t-on voulu mettre une barrière à la funeste habitude qu'ont certaines domestiques d'administrer des préparations de pavots aux jeunes enfants pour les faire dormir? Mais, dans ce cas, le but ne sera jamais atteint, puisqu'on n'a pas spécifié les pavots; il suffira donc de faire soi-même son infusion pour échapper au tableau des poisons.

La fameuse liste s'arrête là ; pas question de la jusquiame, de la ciguë, de la digitale, des sels d'argent, du phosphore, etc., etc.

Les précautions prises sont extrêmement minutieuses. Quand le pharmacien délivrera une ou plusieurs des substances de la première partie du tableau, il devra inscrire sur un registre la date, le nom de l'acheteur, son adresse, les noms et quantités des substances vendues, le but pour lequel l'acheteur les a demandées ; sur le registre devra être apposée la signature de l'acheteur, qui doit *être connu*, ou, à défaut, de la personne qui l'a présenté (if any).

Toute première contravention à ces dispositions entraînera pour le pharmacien 5 livres d'amende (125 francs).

La deuxième contravention 10 livres d'amende (250 francs).

On n'a malheureusement pas pensé que les malades ne se trouveront pas toujours en état de se transporter chez le pharmacien, afin d'apposer leur parafe, ou de se faire présenter par une autre personne. Si on est nouvellement emménagé dans le quartier, on pourra fort bien être totalement inconnu ; personne ne voudra peut-être se charger de la présentation. De plus, les malades envoient généralement chercher les médicaments par leurs domestiques, qui peuvent ne pas savoir signer leur nom.

Que fera le pharmacien anglais dans ce cas ? Exigera-t-il, pour exécuter l'ordonnance, qu'on exhibe des actes légalisés prouvant l'identité du malade. Si la personne ne peut ou ne sait signer, se contentera-t-il d'une croix sur son registre ? Sera-t-il obligé de faire constater par deux témoins l'ignorance du domestique ?

Ne croyez pas que les susdites précautions s'arrêtent là ; toutes les fois que le pharmacien anglais délivrera une ou plusieurs des substances indiquées au fameux tableau (on ne dit pas si c'est en nature, ou mélangées à d'autres matières inertes), il devra décorer son vase d'une étiquette portant le mot *poison*.

Qu'on se figure l'effet produit sur les malades qui ont tous le moral plus ou moins affecté !!!

Ainsi votre enfant tousse un peu, on lui donne quelques cuillerées de sirop de pavots blancs : *poison*.

Votre médecin vous conseille un looch calmant avec quelques centigrammes d'extrait d'opium : *poison*.

Vous avez besoin d'une potion à l'ergotine : *poison*.

Vous prenez des pilules de citrate de caféine contre la migraine : *poison*.

Dès lors, qu'une maladie ait une terminaison fatale, la famille ne

s'en étonnera plus; ce sera même tout naturel, après avoir fait prendre au malade une si grande quantité de poisons de toute nature : grâce à cette mesure, les trois quarts des médicaments porteront la funèbre étiquette, et les médecins et pharmaciens anglais pourront prendre le surnom d'*empoisonneurs*.

En France, le médecin, au lieu d'éveiller l'attention du malade sur l'activité des médicaments qu'il fait prendre, cherche au contraire à la détourner. Il déguise les substances en se servant de synonymes, tels qu'*extrait thébaïque* quand les malades ont une répulsion pour l'opium, *huile de palma-christi* pour ceux qui prétendent ne pouvoir prendre de l'huile de ricin. En cela on ne peut qu'approuver ces attentions du corps médical; les malades s'inquiètent si facilement pour les choses les plus futiles, et il est souvent si difficile de leur administrer les médicaments, qu'il faut autant que possible les leur présenter sous l'aspect le plus favorable.

La loi anglaise n'a pas adopté notre étiquette rouge à usage externe. Il faut l'avouer, la moitié du temps elle n'est pas comprise; on la prend pour un terme latin dont le pharmacien décore sa fiole. Que voulez-vous, tout le monde n'est pas bachelier. Malheureusement ce sont ceux qui ne la comprennent pas auxquels elle serait le plus utile. Mais puisque les Anglais ne l'ont pas adoptée, ils auraient aussi bien fait de la remplacer par quelque chose d'analogue, surtout à la portée de toutes les intelligences, afin d'indiquer qu'on ne doit pas boire un lavement ou un liniment.

La loi anglaise prévoit aussi le cas où le pharmacien pourra devenir peu consciencieux. Les falsifications de médicaments seront poursuivies et punies comme les falsifications des substances alimentaires. Le châtiment ne nous paraît pas être en rapport avec le délit; la santé et la vie d'un malade peuvent être compromises par un médicament falsifié ou de mauvaise qualité, tandis que nous n'avons jamais entendu dire que quelqu'un soit mort pour avoir mangé du pain contenant de la farine de riz ou de haricots, ou pour avoir bu du vin ou du lait fortement baptisés.

Il existe cependant dans la loi anglaise deux articles auxquels il faut accorder une sérieuse attention :

« Les pharmaciens qui auront contrevenu aux différentes dispositions de la loi pourront, par décision du conseil privé, être rayés du registre des pharmaciens.

« Le conseil de pharmacie, avec autorisation du conseil privé,

pourra ajouter des substances au tableau des poisons, et apporter de nouveaux règlements ; ses décisions auront force de loi. »

Malgré les nombreuses imperfections du tableau des poisons, et toutes les formalités minutieuses et impraticables qui y sont attachées, nous ne pouvons, en somme, que féliciter nos voisins d'outre-Manche d'être entrés dans cette voie et d'avoir essayé de mettre un peu d'ordre dans l'exercice d'une profession qui intéresse à un si haut point la vie et la santé de tout le monde.

Espérons donc que de nouvelles modifications ne se feront pas attendre, et qu'il en résultera un règlement empreint de cet esprit essentiellement pratique qui distingue si bien les Anglais.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Kératite ulcéreuse avec hypopion. Iritis consécutif. Paracentèse de la cornée. Guérison.

Le nommé P***, âgé de soixante-cinq ans, vigneron à Bagneux, près Saumur, vint me consulter le 8 août 1868, croyant avoir un corps étranger dans l'œil gauche.

Cet homme, qui est d'une assez mauvaise constitution et porte beaucoup plus que son âge, perdit l'œil droit, dans sa jeunesse, à la suite d'un traumatisme.

Il n'a jamais eu aucune affection des yeux jusqu'en 1867. Vers la fin de 1866, il eut une pleurésie droite dont il guérit difficilement, après trois mois de traitement environ. Peu de temps après, il eut une kératite ulcéreuse, qui laissa à sa suite une taie vers la partie centrale et un peu externe de la cornée. Depuis cette époque sa vue est devenue obscure, et il n'a jamais repris l'embonpoint qu'il avait avant sa pleurésie, dont il a toujours souffert.

Après examen de l'œil et constatation d'une conjonctivite palpébrale légère, je lui prescrivis, matin et soir, des instillations dans l'œil avec le collyre suivant :

Sulfate de zinc........................	5 centigrammes.
Laudanum de Sydenham..............	10 gouttes.
Eau distillée..........................	30 grammes.

Le 14 août, loin de constater de l'amélioration, je me trouvai en présence d'une conjonctivite oculo-palpébrale intense. Pas de

traces d'inflammation du côté de la cornée. Application de six sangsues à la tempe gauche en continuant le collyre.

Le 16 août, la maladie a encore fait des progrès et s'est étendue à la cornée; il existe de la photophobie. Je prescrivis, pendant trois jours de suite : calomel 10 centigrammes, à diviser en dix paquets. Un toutes les heures.

Le 19 août, la taie ancienne a fait place à une ulcération avec persistance de tous les phénomènes inflammatoires que nous avions constaté les jours précédents. Continuation du calomel, collyre avec :

Borax................................	40 centigrammes.
Eau distillée..........................	20 grammes.

Le 21 août, l'ulcération est plus profonde qu'elle n'était les jours précédents, la cornée est moins transparente, et il existe un peu de pus dans la chambre intérieure de l'œil.

Je fis faire une nouvelle application de sangsues et prescrivis :

Calomel..............................	50 centigrammes.
Poudre de polygala de Virginie.........	4 grammes.
Sucre pulvérisé......................	4 —

A diviser en dix-huit paquets. Eu prendre six par jour.

Le 23 août, l'hypopion ayant augmenté et menaçant d'arriver jusqu'à la pupille pour, de là, passer dans la chambre postérieure de l'œil, ce qui nous aurait amené les plus graves accidents, je proposai à P*** de lui faire la paracentèse de la cornée, opération à laquelle lui et sa femme s'opposèrent.

Jusqu'au 26 août, la quantité de pus n'augmenta pas, mais des douleurs périorbitaires se firent sentir à cette époque; la photobie qui, jusqu'à ce moment, n'avait été que peu intense, devint excessive, et je me trouvai en présence d'une iritis. Je ne voulus pas faire des instillations d'atropine, craignant, par la dilatation de la pupille, le passage du pus dans la chambre postérieure, mais je n'en prescrivis pas moins quelques frictions avec l'onguent mercuriel belladoné autour de l'orbite, ainsi qu'un petit vésicatoire volant avec 1 centigramme de chlorhydrate de morphine répété tous les jours jusqu'à parfaite guérison du vésicatoire.

Le 29 août, douleurs toujours excessives, photophobie intense, pas d'augmentation de l'hypopion.

Le 30 août, je prescrivis un vésicatoire à la nuque, et je le fis

panser avec de la pommade au garou, puis je revins de nouveau au calomel à doses fractionnées.

Je n'eus aucune amélioration les jours suivants; au contraire, le pus augmentant et craignant de plus en plus la perte de l'œil, je fis comprendre au malade et à la famille l'état grave de P*** et la nécessité de l'opération, ce à quoi ils se décidèrent.

Le 7 septembre, aidé de mon confrère le docteur Besnard, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Saumur, je pratiquai, dans la partie la plus déclive, la paracentèse de la cornée. Il ne sortit qu'une partie du pus épanché dans la chambre antérieure de l'œil, le reste étant trop concret pour s'écouler à l'extérieur. J'appliquai ensuite, sur chacun des deux yeux, de la charpie, deux compresses triangulaires avec un bandeau légèrement compressif.

Dès le lendemain, 8 septembre, le mieux s'était fait remarquer chez notre malade, auquel je lavai l'œil avec un peu d'eau tiède.

Le pus s'écoula peu à peu par la plaie, et enfin, le 15 septembre, nous n'avions plus trace de pus dans la chambre antérieure.

Nous fîmes, dès lors, tous les jours des instillations d'atropine dans l'œil, et, comme il existait encore quelques douleurs périorbitaires, nous fîmes faire, matin et soir, au pourtour de l'orbite, des frictions avec le liniment suivant :

Ether sulfurique..........................	50	grammes.
Ammoniaque..............................	25	—
Huile d'olive.............................	25	—

Les douleurs se calmèrent peu à peu, la photophobie devint de moins en moins intense, mais la pupille resta toujours dans un état d'atrésie assez considérable, quelques synéchies-postérieures s'opposant à l'action des mydriatiques.

Le 23 septembre, la rougeur de la conjonctive oculo-palpébrale diminue, mais l'ulcération de la cornée persiste. Pour activer sa cicatrisation, matin et soir, on insuffle dans l'œil du calomel finement pulvérisé.

Le 3 octobre, l'œil est revenu à son état normal; l'ulcération est moins profonde que les jours précédents.

Le 14 octobre, elle est en pleine voie de cicatrisation. Nous faisons porter au malade des lunettes à coquilles, afin d'éviter l'action de l'air sur l'œil.

Le 21 octobre, le malade vient en se promenant à Saumur; il y voit assez bien, et la cicatrisation est presque complète.

Nous avons revu cet homme, depuis cette époque, dans les premiers jours de janvier 1869; il porte, vers la partie centrale et externe de la cornée, une taie assez large qui obstrue la moitié de la pupille et rend la vision trouble. Quand il vient à regarder du côté gauche, il ne voit que du brouillard et est dans l'impossibilité de distinguer les personnes qui sont de ce côté. Il voit au contraire parfaitement tout ce qui se trouve à sa droite; aussi, quand il marche ou cherche à voir quelque chose, il porte toujours la tête tournée vers l'épaule gauche.

Pour rendre à cet homme la vision aussi complète que possible, il faudrait pratiquer une iridectomie à la partie interne et un peu supérieure de l'œil gauche; mais les mauvaises conditions de santé et d'hygiène dans lesquelles il se trouve, la crainte d'accidents inflammatoires à la suite de cette opération, et peut-être la perte de l'œil, car l'œil droit est complétement perdu, sont autant de raisons qui me font ajourner cette opération.

Dr Georges Bouchard de Saumur,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Thérapeutique générale.

De l'action et de l'usage des médicaments. 1 vol., par Alfred Stillé. (London' Trubner and Co.)
De l'alimentation lactée, par M. Leclerc. (Th. de Strasbourg, 41.)
Valeur comparative des médicaments internes antiblennorrhagiques, par Jacquer. (Th. de Strasbourg, 44.)
De l'inanition et du régime dans les maladies aiguës, par Lapaude. (Th. de Strasbourg, 51.)
De la méthode des inhalations dans les maladies en général et le croup en particulier, par Herman Bergel. (The Practitionner, août 1868.)
De la méthode hypodermique, par Michalski. (Th. de Paris, 289.)
De la valeur thérapeutique des injections hypodermiques, par Anstie. (The Practitionner, no 1.)
La médication hypodermique, par Schwarde Plinio. (Milano.)
De la méthode substitutive parenchymateuse, par le docteur Berlin, de Gray. (Union médicale, septembre et octobre 1868.)
Sur la thérapeutique des maladies de la peau, par le docteur Michelacci. (Giorn. Ital. delle Mal. Venetia, 16 août 1868.)

Thérapeutique médicale.

Sur l'application locale de l'acide phénique dans les maladies utérines, par Thomas Burrard. (The Practitionner, octobre 1868.)
De l'acide phénique dans le traitement de la dyspepsie, par W. Jones. (The Practitionner, novembre 1868.)

De l'inhalation d'une solution d'acide phénique pulvérisé dans le traitement de la phthisie, par William Marcot. (The Practitionner, novembre 1868.)
Anévrysmes traités par l'iodure de potassium, par W. Bulfour. (Medical Press, 14 et 21 octobre 1868.)
Cure d'un anévrysme interne, par Turnel. (British Medical, octobre 1868.)
Ataxie locomotrice survenue sous l'influence de la syphilis; guérison par un traitement antisyphilitique, par Benjamin Mac Dowel. (Medical Press, décembre 1868.)
Du mode d'emploi des bains de vapeur mercurielle, par Langston Parker. (London, Churchill, édit.)
Des bains et de leurs effets; règles hygiéniques, par le docteur Panillo Garcia. (El Pabellon Medico, 14 août 1868.)
De l'emploi thérapeutique du bromure de potassium, par Reynoldi. (The Practitionner, nº 1.)
Du bromure de potassium et de l'antimoine dans le traitement de l'éclampsie puerpérale, par Simmons. (Med. and surg. Report. XVIII, 23)
De l'emploi du chlorure de potassium dans le traitement de la blennorrhagie, par Candela y Sanchez. (Il Siglo medico, 75.)
De l'application thérapeutique du chaud et du froid, par Basil Herwit. (Medical Press, décembre 1868.)
Sur la thérapeutique des vices de conformation du cœur par Oppolzer. (Wienn. med Press, 9-6.8,9.)
Etude physiologique de la conicine, par Casaubon. (Th. de Paris, 281.)
Des diathèses dans les dermatoses au point de vue thérapeutique, par E. Guibout (Annales de dermatologie, nº 1.)
Des moyens de désinfection, par Procter. (Saint-Andrews, Assoc. Transact.)
Du traitement des affections diphthériques par le soufre, par Ullersperger. (Journal f. Kinderke, 26-5 et 6.)
De l'action de la digitale sur la fonction glycogénique du foie, par Maussler. (Th. de Paris, 208.)
De l'emploi obstétrical du seigle ergoté, par Lombard. (Th. de Paris, 1868, nº 278)
De l'ergot de seigle dans le traitement des névralgies, par E. Woakes. (British Medical, 30 octobre 1868.)
De l'ergot de seigle au point de vue de ses propriétés obstétricales. Discussion à la Société médico-pratique. (Union médicale, 6 octobre.)
Du traitement de l'hémoptysie par l'ergot de seigle, par Dobell. (British Med. journal, juin 1868.)
Du traitement de l'épilepsie, par Nelson. (British Med. Journal, 20 juin 1868.)
De l'emploi thérapeutique de l'ergot de seigle, par Alfred Meadons. (The Practitionner, septembre 1868.)
De l'emploi de la glace contre certaines affections de l'appareil testiculaire, par Diday. (Annales de dermatologie, nº 1.)
Sur la valeur thérapeutique de l'huile et de l'eau dans le traitement des maladies de la peau, par Hughes Bennet. (The Practitionner, octobre 1868.)
De l'usage de l'huile de croton comme contre-irritant dans les maladies cérébrales, par Robert Turner. (Edimburg Medical, novembre 1868.)
De l'emploi thérapeutique de l'huile de foie de morue dans le typhus, par Robert Gee (Lancet, 19 décembre 1868.)
De l'emploi de l'éther et de l'huile de foie de morue éthérisée dans le traitement de la phthisie, par Forster. (British Medical, 21 novembre.)
Injections hypodermiques de morphine et d'ergotine dans l'accouchement, par Lebert. (Giornale Veneto delle Scienze med., septembre 1868.)
Cas de laryngite produite par l'administration du calomel, par John Locking. (The Lancet, 24 octobre 1868.)
Du traitement de la laryngite striduleuse, par Wardel. (British Medical, mai 1868.)
Paraplégie rhumatismale guérie par le nitrate d'argent, par Louis Caradec. (Gaz. hebd., nº 44, 1868.)
Des dangers de l'emploi du perchlorure de fer dans les tumeurs érectiles, par Santesson. Journ. f. Kinderkr., XXVI, 3, 4.)
Ponction du péricarde chez une enfant atteinte d'hémopéricarde, par H. Roger. (Union médicale, nºs 140 et 142, novembre 1868.)

Distension du péricarde; paracentèse; guérison, par Wheelhouse. (British Medical, 10 octobre 1868.)
Mesures thermométriques prises dans la pneumonie traitée par la teinture de veratrum viride, par Kieman. (Prag Vjhrschr, 99. 25, 3.)
Du quinine dans les maladies du premier âge, par Binz. Jahrb. d. Kinderheilh, 1, 3.)
Recherches expérimentales sur le mode d'action de la quinine, par M. Binz. (Archives de Physiologie, n° 6, 1868.)
Sur l'actiou antiphlogistique de la quinine, par Schavalbe.)(Deutsche Klin., 36.)
Tétanos traité par le sulfate de quinine à haute dose, par Hugues Walton. (Medical Times, novembre 1868.)
Des bons effets de la quinine dans l'hématurie intermittente, par S. Beale. (The Practitionner, août 1868.)
De la saiguée dans la pneumonie, par le docteur Duvemizzi. (Il Morgagni, 1868.)
Sur le traitement du psoriasis,' par Balmanno Squire. (Medical Times, octobre 1867.)
Résultats d'un traitement de la variole par la diète lactée et la tisane de Sarracenia purpurea dans une épidémie qui a eu lieu à Carpiguano en 1867 et 1868, par le docteur Mucci.'(Gaz. Med. di Torino.)
De l'emploi du sulfite de soude dans le traitement de la syphilis, par Radcliff. (Med. and surg. Rep., XIX, 3.)
Du traitement de la syphilis par les injections hypodermiques de sublimé, par Grimfeld. (Wienn med. Press, IX, 17, 20, 24, 28.)
Du traitement de la syphilis par les injections de sublimé, par Derblut. (Wienn med. Press, IX–12.)
Du traitement de la syphilis, par J. Hermann. (Sallmayer et C°, Wienn.)
De la viande crue et des extraits de viande, par le docteur de Beaumont. (Gaz. méd. de Lyon, novembre 1868.)
De l'emploi de la viande crue en médecine, par G. Luppi. (Gaz. méd., novembre et décembre 1868.)

Electro-Thérapie.

De l'électro-puncture dans le traitement des anévrysmes de l'aorte thoracique, par le docteur Ciniselli. (Gaz. med. Ital.-Lombardia, 26 septembre 1868.)
De l'emploi de l'électrisation ; généralisation dans le traitement de la dyspepsie, par Rochwell et Baird. (Med. and surg. Reporter, 18, 20.)
De la faradisation dans le traitement de la paralysie, par Radcliffe. (The Practitionner, n° 1.)
Communications sur la galvano-thérapie, par Flier. (Deutsche Klin., 39.)
Sur la galvanocaustie, par Colin. (Th. de Strasbourg, n° 73.)
Cas d'hémiplégie guéri par l'emploi local de l'électricité, par Baldor. (Il Siglo medico, août.)
Contributions pour servir au traitement électrique de l'atrophie musculaire, par Hillon Fagge. (The Practitionner, décembre 1868.)
Du traitement de la migraine par l'électricité, par Frommhold. (Pesth, Keckenast.)
Du traitement électrique de l'epilepsie, par Rodolfe Rodolfo. (Gaz. Lomb., 13.)
Paralysie pellagreuse guérie par l'électricité. (Gaz. Med. Ital.-Lombardia, 26 septembre 1868.)

Thérapeutique chirurgicale.

De l'appareil à pointe métallique et de son emploi dans les fractures, par Riones. (Th. de Paris, 295.)
Des appareils inamovibles dans les affections articulaires, par Sendral. (Th. de Strasbourg, n° 62.)
Absence de vagin; opération et guérison, par le docteur Scarenzio. (Giorn. Ital. delle Mal. Venetia, 16 août 1868.)
De l'emploi de la belladone dans les affections chirurgicales, par Christophe Healh. (The Practitionner, novembre 1868.)

Cancer étendu du sein guéri rapidement avec l'acide acétique et la créosote. (Ippocratico, 15 septembre 1868.)
Nouvelle méthode d'extraction linéaire de la cataracte, par le docteur Scundi. (Giorn. Ital. d'ophthalmologie, juillet 1868.)
Coccyodinie guérie par une opération. (Il Siglo medico, nº 769.)
Considérations sur l'extension continue et les douleurs dans la coxalgie, par Hennequin. (Arch. de méd., décembre 1868.)
Résultats des désarticulations et des résections de la hanche pratiquées pendant la guerre d'Amérique dans l'armée confédérée, par P. Good. (Gaz. hebd., octobre 1868.)
De l'emploi des injections sous-cutanées de morphine dans les luxations, par Zhierfelder, (Ztschrf. med. chir., N. F., VII, 4.)
Nouveau procédé d'iridectomie par l'excision scléroticale, par le docteur Romus y Linam. (El Siglo medico, nº 764.)
Nouveau procédé opératoire pour la cure du staphylôme de l'iris et de la cornée, par de Luca. (Giorn. Ital. d'ophthalmologie.)
De l'emploi du curare contre le tétanos traumatique, par Perim. (Gazetta Lomb., 20.)
Guérison d'un cas de tétanos au moyen de l'injection hypodermique du curare, par le docteur Capozzi. (Il Morgagni, Xe année.)
Trois cas de tétanos, par le docteur Beo Cotti. (Imparziale, 1er septembre 1868).
Cas d'hémorrhagie de tétanos consécutif à l'incision du col de la matrice, par Nott. (Americal Journal, N. S., CXI.)
Traitement du tétanos traumatique par le vin à haute dose, par Kock. (Wurt. Cor. B., 38, 22.)
Considérations sur le traitement du tétanos, par Lauriac. (Th. de Strasbourg, nº 91.)
Du traitement de l'ophthalmie purulente, par George Lawson. (The Practitionner, décembre 1868.)
Extirpation et guérison d'un polype fibreux de la matrice du poids de 55 onces, par le docteur Ramon de la Vega. (El Siglo medica, 16 août 1868.)
Du traitement des plaies veineuses, par Aron. (Th. de Strasbourg, 120.)
Traitement des plaies; suites d'amputation par les irrigations continues, par Hugues Walton. (Medical Times, novembre 1868.)
Du traitement de la retroflexion utérine par la soudure du col de la matrice avec la paroi postérieure du vagin, par Richelot. (Union médicale, mai 1868.)
Du traitement des plaies par l'aspiration pneumatique, par le docteur Maisonsonneuve. (The Practitionner, nº 1, 1868.)
De la trachéotomie dans le traitement du croup, par Conrteneuve. (Th. de Paris, 242.
Sur la thérapeutique des affections de l'oreille moyenne et particulièrement de la cavité tympanique, par Weber. (Mon. Schr. f. Ohrenheilk, II, 6.)
Des effets obtenus de la rupture des cicatrices de la membrane du tympan obtenue par la pression de l'air, par Politzer. (Wieno med. Press, IV, 1.)
Exstrophie vésicale guérie par opération, par M. Grandjean. (Th. de Strasbourg, 112.)

Chimie et Pharmacie.

De l'action physiologique du bouillon, par Kemmerich. (Arch. für Physiologie, 1.)
Expériences sur la valeur thérapeutique de la soupe de Liebig sur les nourrissons, par Reiter. (Bayer, arztt Intel. Bl.)
Sur la narcéine, par Kersch. (Memorab., XIII.)
Sur le curare des nègres africains, par Beigel. (Berl. Klin. Wihnehr, V, 33.)
Sur la valeur thérapeutique du peroxyde d'hydrogène et de l'éther ozonisé, par W. Richardson. (Medical Times, 19 décembre 1868.)
Etude sur la nicotine, par Jullien. (Th. de Paris, 254.)
Notes sur le phénate de quinine, par Samuel Purdon. (Novembre 1868.)
De la relation qui existe entre la secrétion de l'acide phosphorique et les variations de température sous l'influence du système nerveux, par E. Fox. (British Medical, 21 novembre 1868.)
Des purgatifs minéraux, par Remond. (Th. de Paris, nº 280.)

Toxicologie.

De l'action toxique du chloroforme, par Mac Elroy. (Phil. and surg. Reporter.)
Leçon clinique sur un cas de mort par le chloroforme, par Bilroth. (Med. Times, 241, novembre 1868.)
De l'emploi de l'alcool à haute dose dans l'empoisonnement par les champignons; note de M. Poulet. (Science pour tous, 10 octobre 1868.)
Cas d'empoisonnement par l'acide nitrique, par Herrmann. (Petersb. Med. Ztschr. XIV.)
Empoisonnement par l'atropine; bons effets de l'injection hypodermique de morphine. par Horing. (Wurt. Corr. Bl.)
Cas d'empoisonnement par l'arsenic, par Roth. (Arch. de Virchow, 44, 1.)
Influence de la respiration artificielle sur les contractions qui se produisent dans l'empoisonnement par la brucine, la nicotine, la picrotoxine et la caféine, par Uspensky. (Arch. für Anat. et Physiol., 4.)
Cas d'empoisonnement par la coloquinte, par Meymott Tidy. (Medical Press, 23 décembre 1868.)
Cas d'empoisonnement par l'oxyde de carbone, par Baur. (Wurtemb Corr. Bl.)
Cas d'empoisonnement par un liniment laudanisé, par Ch. Finlay. (The Lancet, 21 novembre 1868.)
Cas d'empoisonnement par la morphine chez un enfant de dix semaines, par Wurth (Deutsche Ztschr f St. A. K.)
Empoisonnement par le sulfate de morphine guéri par les injections hypodermiques de sulfate d'atropine, par Morphit. (Med. and. surg. Report, XVIII, 25.)
Phénomènes extraordinaires dans un cas d'empoisonnement par la morphine, par Reynolds. (Phil Med. and surg. Reporter.)
Deux cas d'empoisonnement par l'opium, par Radcliffe. (Lancet, 15 septembre 1868.)
Cas d'empoisonnements chroniques dus à la nicotine, par Schotten. (Virchows Archiv. XLIV.)
Empoisonnement par le nitrate de baryte, par Meymott Tidy. (Medical Press, 25 novembre 1868.)
Empoisonnement par la nitro-glycérine, par Panthel. (Memorabillen, XIII.)
Cas de mort à la suite de l'usage prolongé du sulfate de magnésie à dose purgative, par Ayres. (Med. and surg Reporter, XIX.)
Empoisonnement par le tabac dû à l'usage de la chique et de la prise, par Vander Weyde. (Med. and surg. Report., XVIII, 18.)

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

De l'emploi de la digitale dans le traitement de la pneumonie. La digitale est, dans la pneumonie, suivant le Docteur Rony-Sancerotte, un des meilleurs moyens d'abattre la fièvre et de refréner les symptômes menaçants qui résultent de son intensité. Si elle est un antipyrétique moins actif que la vératrine, elle est aussi plus inoffensive et plus facile à manier. En comparant son action à celle de la saignée dans le traitement de la pneumonie, on doit reconnaître que celle-ci agit plus promptement et peut à ce titre remplir seule une urgente indication, mais que ses effets sont souvent peu durables. La digitale a donc sur elle l'inconvénient d'agir plus tardivement, mais elle a une action soutenue, physiologiquement identique chez presque tous les malades. Elle est hyposthénisante comme la saignée, avec le bénéfice de la spoliation sanguine en moins. L'émétique à des effets physiologiques variables suivant les individus et partant une action thérapeutique inégale. La digitale a une action uniforme, et quand on l'em-

ploie avec certaines précautions, l'intolérance est un fait rare. Enfin avec elle on apprécie rigoureusement, numériquement, l'action du remède par le nombre des pulsations.

La digitale répond aux indications qui se présentent généralement dans le traitement de la pneumonie franche, au premier comme au second degré de la maladie. Elle est utilement prescrite quand la réaction fébrile est intense, quand la maladie a un aspect franchement inflammatoire. Il y a avantage à l'administrer d'emblée à une dose élevée, proportionnée toutefois à l'âge et à la constitution du malade. Quand on la prescrit à faibles doses ou qu'on interrompt trop tôt son administration, on perd le bénéfice du remède dont l'action n'est pas toujours immédiate. Chez un homme adulte, dans des conditions moyennes, la dose de 1 gramme est convenable et doit être donnée pendant un ou deux jours ; le ralentissement du pouls, lorsqu'il commence à s'opérer, indique la nécessité de diminuer la quantité du médicament.

L'âge ou le sexe ne constitue point de contre-indications à l'emploi de la digitale, et nous avons trouvé profit à la donner depuis dix jusqu'à soixante-huit ans; ils nécessitent seulement des modifications dans les doses.

La digitale doit convenir au même degré dans les variétés de pneumonie où il est prudent de s'abstenir de la saignée générale, telles que la pneumonie des ivrognes, la pneumonie thyphoïde. On doit *à priori* la regarder comme contre-indiquée dans le traitement de la pneumonie bilieuse.

Il ne faut point cependant conclure de tout ceci que la digitale répondc à toutes les indications qui peuvent se présenter dans le cours d'une pneumonie. Elle ne peut remplacer les saignées locales employées contre le point de côté, l'opium prescrit dans certains cas pour calmer la toux. Après elle, les toniques, les excitants, les révulsifs même peuvent trouver leur place.

Ce travail des plus intéressants est basé sur trente-cinq observations de pneumonies recueillies chez des militaires, par conséquent des gens vigoureux. Il est terminé par deux tableaux importants contenant, l'un l'action des médicaments chez les trente-cinq malades, et l'autre indiquant le tracé graphique du pouls.

Si tous les médecins des hôpitaux de province publiaient souvent de pareils travaux, la thérapeutique des maladies serait promptement élucidée. (*Gaz. méd.*)

Cancer étendu du sein guéri rapidement avec l'acide acétique et la créosote. Le docteur Marzuttini publie l'observation suivante :

Marie Cossi, âgée de cinquante-cinq ans, est atteinte depuis huit ans d'une tumeur dure occupant toute la mamelle gauche. Pendant six ans, la tumeur resta indolente, puis survinrent des élancements, la peau rougit, la tumeur devint plus dure, s'ulcéra en forme de sinuosité profonde. Au moment de l'examen la malade avait une teinte jaune-paille, était amaigrie. La tumeur était le siége de douleurs lancinantes et d'hémorrhagies peu intenses. L'ulcération partageait le sein en deux moitiés; elle était sanguinolente, avec des bords relevés, durs, allant presque jusqu'au muscle pectoral : les ganglions de l'aisselle étaient engorgés. Le docteur Marzuttini prescrivit à la malade l'application de charpie trempée dans le mélange suivant : Acide acétique concentré, 15 grammes; créosote, 5gr,50; eau distillée. 450.

La charpie devait être mouillée quatre à cinq fois par jour.

Le traitement fut suivi pendant six semaines, au bout de ce temps la malade revint voir le médecin qui constata avec une grande surprise la cicatrisation complète du cancer et un changement total dans l'état général; le teint était devenu naturel, l'appétit était revenu et les glandes axillaires avaient beaucoup perdu de leur volume. (*Ippocratico*, 15 septembre 1868.)

Emploi thérapeutique de l'huile d'olive. Au dernier meeting de la Société harvéienne de Londres, le docteur Ramskile a préconisé l'action thérapeutique de l'huile d'olive. Il a présenté un mémoire dans lequel il relate deux cas de goutte dont la forme et surtout la période étaient éminemment appropriées à ce genre de médication. Dans un de ces cas, le malade était sujet à des accès relativement aigus, paraissant à des intervalles très-courts, et ne donnant lieu à aucun espoir d'une convalescence prochaine ou éloignée. Le second cas représentait une catégorie de malades chez lesquels tout symptôme aigu a disparu depuis longtemps, tandis qu'il persiste des douleurs vagues dans les jointures, avec un peu de roi-

deur ou de difficulté dans les mouvements. Dans les deux cas on avait vainement épuisé tous les toniques, tandis que, d'autre part, l'huile de foie de morue ne pouvait être tolérée par les malades. La nutrition se faisait mal et les malades maigrissaient rapidement. L'emploi de l'huile d'olive a fait merveille. Le docteur Ramskile attribue à cette substance une action à la fois nutritive et médicamenteuse. Il l'administre dans les intervalles des accès, ou du moins en l'absence de la fièvre, et commence par une cuillerée à café. L'apparition de nausées ou de la diarrhée indique que la dose est trop forte; mais l'adjonction de quelques gouttes d'éther sulfurique dans un véhicule quelconque facilite l'assimilation de l'huile. Celle-ci doit être pure et de bonne qualité. Le docteur Ramskile considère l'huile d'olive comme un précieux succédané de l'huile de foie de morue dans les cas d'intoxication saturnine, d'épilepsie jointe à une cachexie profonde et d'atrophie de Cruveilhier. (*British medical* et *Gaz. médicale*.)

Influence de la bile sur les sels de quinine. Un mélange de bile et d'une solution de sulfate de quinine donne lieu à une décomposition rapide et réciproque; il se forme du sulfate de soude et du glycocholate de quinine, avec excès d'acide glycocholique libre. Le glycocholate de quinine se présente sous forme d'une masse résineuse, dense, insoluble à froid dans l'eau et les acides dilués, soluble dans l'ammoniaque et l'alcool. Ce sel se dissout difficilement dans une solution de potasse caustique; une double combinaison résulte de l'action prolongée de l'alcali. Si on porte jusqu'à l'ébullition un mélange de glycocholate de quinine et d'un acide concentré, surtout l'acide sulfurique, la quinine se sépare, et il semble qu'il se forme de l'acide coloïdique. Cette quinine est un peu différente de la quinine ordinaire; en faisant réagir une solution saturée d'acétate de plomb sur une solution de glycocholate de quinine, l'alcaloïde se sépare rapidement et il se forme un précipité de plomb, tandis que l'acétate de quinine reste en solution.

Les sels de quinine peuvent être absorbés par l'estomac; s'ils passent dans l'intestin, ils sont perdus, à cause de la combinaison insoluble qui a lieu par leur mélange avec la bile. (*Giornale di medicina, farmacia militare* et *Arch. méd. belges*, oct. 1868.)

De quelques circonstances qui peuvent rendre offensif l'usage des vases d'étain. M. le docteur Delahaye, de Séez (Orne), observa en 1866 et 1867, pendant les fortes chaleurs, chez plusieurs vieillards d'un hospice, tous les symptômes propres à l'intoxication saturnine. Il chercha dans toute la mai son la cause de ces accidents et finit par porter ses regards sur les chopines d'étain dans lesquelles ces malades (tous vieux buveurs) déposaient leur cidre et l'y conservaient pendant la chaleur pour se désaltérer à volonté dans la journée. L'analyse chimique prouva que le cidre des tonneaux était parfaitement pur, tandis que les réactifs décelèrent quelques parcelles de plomb dans le liquide provenant de la même source, et qui avait séjourné toute la journée dans des vases d'étain.

M. Delahaye conclut de ces faits, dont il donne un exposé succinct : 1° que dans certains cas, le plomb qui fait partie de l'alliage servant à la composition des vases d'étain peut communiquer des propriétés toxiques aux liquides contenus dans ces vases; 2° que ce phénomène est favorisé par la chaleur qui acidifie ces liquides, par les habitudes alcooliques et peut-être par l'âge des consommateurs; 3° que dans les cas d'intoxication dont il s'agit, le mélange de soufre et de miel préconisé par M. Lutz est un médicament précieux, et que le café, comme mode d'alimentation, est un excellent moyen de soutenir les forces et de combattre la prostration funeste qui s'observe chez plusieurs de ces malades. (*Journal de méd. et de chir. pratiques*.)

Anurie prolongée. Les cas de suppression de la sécrétion urinaire, comme dans le choléra, et persistant pendant des semaines et des mois, ne sont pas fréquents; la rareté en égale la gravité. Dès qu'il n'y a pas émission d'urine ni que le cathétérisme n'en trouve pas dans son réservoir, c'est que les reins n'en sécrètent pas, c'est qu'ils sont malades ou altérés, et alors on peut être justement effrayé de ce que vont produire, répandus et renfermés dans l'organisme, tous ces produits excrémentitiels dont un seul, l'urée, suffit à l'empoisonner. Aussi la mort arrive-t-elle ordinairement, et

ce n'est que par exception que la santé n'en est pas altérée comme dans le fait suivant :

Une femme de vingt-sept ans, mariée sans enfants, atteinte d'aménorrhée et de leucorrhée depuis cinq mois, consulte le docteur Gallina pour n'avoir pas uriné depuis vingt-quatre heures. Le cathétérisme ne lui donne que quelques gouttes d'un liquide couleur café noir. Il n'en apparut pas davantage les huits jours suivants. Application de sangsues au périnée, et nitrate d'urée à l'intérieur; bains tièdes jusqu'au vingt-cinquième jour. N'obtenant pas de résultat, la malade alla consulter le docteur Albertini à l'hôpital de Milan, qui, après un examen minutieux de deux heures, ne trouva absolument aucune lésion expliquant ce défaut de sécrétion prolongée d'urine ni aucune altération en résultant. La santé générale n'en souffrait nullement. Le professeur Rodolf, de Brescia, appelé en consultation, pensa que cette suppression était due à l'aménorrhée. Des emménagogues furent administrés, et les règles apparurent. En même temps, 600 grammes d'urine furent extraits par le cathétérisme le quarante-troisième jour de la suppression, puis l'émission normale reprit son cours sans que la santé ait souffert. (*Gaz. med. Lombarda* et *Union méd.*, 1868, nº 155.)

Cas d'empoisonnement par un bain arsenical. On connaît toutes les discussions, tous les doutes, toutes les hésitations qu'a suscités la question de l'absorption ou de la nonabsorption des liquides dans le bain, question si facile et si simple en apparence, et qui cependant a exigé, pour arriver à une solution définitive, des expériences nombreuses et répétées. Le fait suivant, communiqué à la Société de médecine pratique par M. le docteur Dupuy (de Frenelle), malgré quelques petites lacunes regrettables, qu'il a eu soin de signaler lui-même, apporte un nouvel appoint aux témoignages irrécusables qui établissent la réalité de l'absorption.

Voici cette observation qui présente d'ailleurs par elle-même un assez grand intérêt.

Le 7 septembre dernier, dit M. Dupuy, je fus consulté par une de mes clientes, âgée de vingt-six ans, d'une santé généralement bonne, atteinte actuellement de lèpre vulgaire, mais sans aucune souffrance ni malaise notable.

Comme complément de traitement, je lui prescrivis des bains d'arséniate de soude, à 12 grammes par bain, dose qui m'est familière.

Le soir du même jour, sans avoir usé d'aucun médicament, elle commença son traitement par un bain arsenical tempéré, où elle resta une heure tout au plus, de sept à huit heures. A huit heures et demie, elle dîna de fort bon appétit, puis se coucha et lut assez tranquillement dans son lit jusqu'à onze heures. A peine était-elle endormie depuis un instant, qu'elle s'éveilla dans une agitation croissante qui la tourmentait et qui s'accompagna bientôt de chaleur générale et d'oppression. Vers cinq heures du matin elle eut des douleurs aiguës d'estomac avec anurexie anxieuse.

Elle se leva en éprouvant de légers troubles dans la vue et de l'incertitude dans la marche. A peine fut-elle descendue dans la rue que l'anxiété, la douleur épigastrique et le vertige lui firent demander secours.

On la mena dans une pharmacie voisine où elle eut une syncope qui dura environ un quart d'heure. Reconduite chez elle, où je fus aussitôt appelé, je la trouvai dans un grand état de souffrance et d'anxiété. De vives douleurs d'estomac revenaient par crises à huit ou dix minutes d'intervalle. Elle avait mal au cœur, toutefois sans effort de vomissements. Les membres étaient engourdis et présentaient une notable diminution de la sensibilité.

En proie à des vertiges incessants, elle éprouvait de la roideur et de la constriction du cou. — La pression épigastrique était intolérable. — La peau chaude, mordicante, semblait excitée et plus colorée que de coutume. — Le pouls était régulier, apyrétique et de force moyenne. — La langue n'offrait rien de particulier. Une petite selle normale avait eu lieu le matin.

Il ne restait pas de doute que cet ensemble de symptômes ne fût le résultat d'une intoxication arsenicale occasionnée par le bain de la veille, quoique jamais je n'eusse rien observé de semblable dans les cas assez nombreux où j'en avais prescrit à la même dose.

Afin d'enlever toutes les parcelles de la substance toxique qui pouvaient être déposées sur la peau, je prescri-

vis une large lotion générale avec de l'eau fraîche; puis, plutôt à titre de purgatif qu'autrement, je fis donner 16 grammes de magnésie calcinée dans un demi-verre d'eau, par demi-cuillerée, de dix minutes en dix minutes. Ce médicament ne put être toléré par l'estomac, qui le rejetait aussitôt. Deux heures après, à une seconde visite, l'état général restait à peu près le même. Je prescrivis la purgation suivante à prendre en une seule fois :

Séné mondé..........	10 gr.
Sulfate de soude........	20 —
Eau.................	150 —
Sirop de fleurs de pêcher.	30 —

La malade le vomit encore un quart d'heure après. Néanmoins elle eut quelques selles qui apportèrent un soulagement de plus en plus notable; si bien, qu'à ma troisième visite, six heures du soir, elle me parut dans un état assez satisfaisant pour ne plus me laisser aucune inquiétude sur les suites de cet accident. En effet, il n'en restait en quelque sorte plus trace le lendemain.

Je regrette, ajoute notre confrère, de n'avoir pas recueilli et analysé de l'urine de ma malade, ce qui eût pu être d'un bon renseignement. Quoi qu'il en soit, je ne crois pas qu'ici le doute sur l'intoxication par absorption dans le bain soit permis; cependant, il n'y avait aucune voie accidentelle ouverte au poison; la malade n'avait ni plaie ni excoriation, et, de plus, elle était parfaitement sûre de ne point avoir dormi dans son bain et de n'avoir pas avalé une goutte de l'eau arsenicale.

Il est vrai que j'ai compté, sur son dos ou sur sa poitrine, trente auréoles plus ou moins grandes de lèpre vulgaire. Bien que, dans ces cas, la maladie ne détermine aucune fissure de l'épiderme, qui reste, quant à la continuité, parfaitement intact, peut-être en résulte-t-il, néanmoins, une modification dans les conditions de perméabilité ou d'absorption, c'est ce que j'ignore; mais, le bain ordinaire étant d'un hectolitre, à raison de 12 grammes de substance toxique, 5 grammes absorbés donneraient 6 dix-millièmes de gramme, ce qui constitue une dose incapable d'impressionner l'économie d'une manière quelconque.

Il y a donc, dans ce cas, un *desideratum* qui échappe aux données fournies par la science et l'expérimentation sur l'absorption dans les bains. (*Gaz. des hôp.*, 1868, nº 145.)

De l'action du veratrum viride. M. Linon a vu expérimenter à la clinique du professeur Hirtz le *veratrum viride* et il l'a essayé sur lui-même et sur des animaux. C'est l'extrait résineux que M. Hepp a obtenu en traitant par l'alcool à 79 degrés la racine venue d'Angleterre, qui a paru le plus sûr dans ses effets et le plus facile à doser et à administrer. Du produit de l'évaporation on faisait des granules contenant chacun 1 centigramme d'extrait résineux. On a aussi employé des granules de résine pure, dépouillée de toute trace de vératrine. Les granules étaient donnés d'heure en heure; trois suffisaient ordinairement pour obtenir les effets caractéristiques, faire tomber par exemple la température de 39 à 37 degrés et le pouls de 112 à 54. On n'a pas dépassé six granules; il vaut mieux rapprocher les doses. M. Linon a constaté sur lui-même que cinq granules pris à la fois faisaient bien plus d'effet que sept administrés de demi-heure en demi-heure. En donnant la dose d'emblée, il faut une grande prudence et ne pas dépasser la quantité permise par l'indication. Les granules sans vératrine sont environ cinq fois moins actifs que ceux qui en renferment. On avait fait des granules de cette résine pure, dont cinq équivalaient à un granule d'extrait complet.

Examinons d'abord les effets du *veratrum viride* sur l'homme bien portant : il ralentit le pouls d'une façon très-notable; les pulsations tombent à 40 et au-dessous sans que le sujet en souffre. Le tracé sphygmographique montre que la tension artérielle a augmenté, comme pour la digitale. Le pouls baisse avant la température et parfois il baisse seul; le plus souvent la température et le pouls sont influencés dans un rapport constant. La rapidité et la précision des effets sont aussi remarquables que leur fugacité. Les effets cumulatifs ne sont pas à craindre : tout l'orage des symptômes se dissipe aussi promptement qu'il est venu. Le *veratrum viride* diffère de la digitale par la rapidité de ses effets et par leur peu de durée. Parmi les phénomènes accessoires, le vomissement est celui qui manque le plus rarement; deux granules ont suffi pour le produire. M. Linon analyse les différents symptômes produits par le *veratrum*; il insiste sur la possibilité d'un profond collapsus pendant la défervescence, et dont on doit tenir

compte au point de vue des contre-indications. Les effets étaient les mêmes à tous les âges; nous les avons vus se produire chez des enfants; en général, le rétablissement était prompt; le malaise qui accompagnait les vomissements avait peu de durée. La salivation a été fréquemment constatée.

Dans la partie thérapeutique, l'auteur insiste d'abord sur l'importance de la fièvre comme élément des maladies et sur la nécessité de diminuer ou d'abattre ce symptôme, pour affaiblir en même temps la lésion locale. Il montre tout l'intérêt qu'a la médecine à posséder une substance de plus, ayant à un haut degré une valeur antipyrétique. C'est dans la pneumonie et dans la fièvre typhoïde que cette médication a surtout rendu des services; elle a été aussi appliquée avec avantage dans le rhumatisme articulaire accompagné d'affection de cœur.

La conclusion est que le *veratrum viride* est un antifébrile puissant. Il abaisse le pouls et la température à peu près sûrement, mais son action est moins constante sur la température; cette action est rapide et se fait sentir deux heures après l'administration du médicament; elle est peu durable et se maintient à peine de douze à vingt-quatre heures. Une faible dose suffit pour produire les effets et doit être absorbée en peu de temps. Ce médicament, en faisant tomber la fièvre, a eu une heureuse influence sur les lésions locales; il est appelé à remplacer la digitale dans les cas où le médecin a besoin d'une action rapide et qui doit peu durer. (*Gazette médicale de Strasbourg.*)

Du traitement des épanchements sanguins dans les fractures. Nous devons mentionner un remarquable mémoire de M. Bourguet (d'Aix), que nous venons de lire dans le *Montpellier médical*, et dans lequel il est question du traitement des épanchements sanguins dans les fractures graves. On sait combien cette complication est embarrassante. C'est donc une bonne fortune d'avoir à reproduire, sur ce sujet encore litigieux, l'opinion d'un praticien habile et circonspect.

M. Bourguet conclut ainsi :

1° La doctrine actuelle relative à l'abstention de toute intervention chirurgicale dans les vastes épanchements sanguins communiquant avec un foyer de fracture, tant que la fracture elle-même n'est pas consolidée, est une doctrine trop absolue;

2° Les ponctions capillaires ou les ponctions à très-petite ouverture, en évacuant la collection sans laisser pénétrer l'air à l'intérieur, peuvent rendre d'incontestables services dans le traitement de ces fractures compliquées;

3° La ponction devra être répétée aussi souvent que le sang tend à s'accumuler dans la poche hématique et à en distendre les parois, en choisissant chaque fois un lieu différent pour pratiquer cette opération;

4° Le moment le plus favorable pour pratiquer la première ponction est celui où l'on s'aperçoit que la résolution de la tumeur ne fait plus de progrès, que ses parois s'amincissent, que la fluctuation y devient plus apparente, et qu'on y découvre déjà quelques signes d'inflammation;

5° Les faits recueillis jusqu'ici tendent à démontrer que cette conduite, loin de favoriser l'inflammation suppurative du foyer, est plutôt de nature à la prévenir, en même temps qu'elle permet le recollement des téguments et le retrait graduel des parois du foyer hématique lui-même. (*Montpellier médical.*)

VARIÉTÉS.

Constatation des naissances à domicile.

Depuis la mise à exécution des nouvelles mesures relatives à la constatation des naissances à domicile, autorisée à Paris par l'arrêté préfectoral du 29 décembre dernier, il s'est produit sur le sens et l'application des dispositions de l'arrêté des erreurs à l'égard desquelles il importe d'éclairer le public pour en prévenir le retour.

Des parents ont cru pouvoir se borner à adresser par la poste, au maire de leur arrondissement, une demande à l'effet d'obtenir la visite à domicile du médecin de l'état civil.

Cette manière de procéder serait de nature à entraîner de graves inconvénients.

Dans un grand nombre de lettres qui ont été ainsi adressées aux maires, certaines des indications substantielles requises par l'arrêté préfectoral, savoir : les noms, prénoms et domicile des parents, les jour et heure où la naissance a eu lieu, le sexe de l'enfant, avaient été omises; plusieurs ont été envoyées tardivement aux mairies, passé le délai réglementaire des vingt-quatre heures de la naissance. D'autres ont été adressées à des mairies étrangères à l'arrondissement où la naissance a eu lieu, et le renvoi à la destination véritable a occasionné des retards.

Il est nécessaire que le public soit bien averti que les parents qui veulent obtenir la visite du médecin, pour constater une naissance à domicile, doivent présenter ou faire présenter à la mairie de leur arrondissement (*bureau des naissances*) leur demande signée contenant les indications requises. Lorsque les parents se présenteront sans cette demande, l'employé chargé du service remplira, sur leur indication, un imprimé destiné à recevoir leurs déclaration et demande et qui sera signé par eux. Si les parents ne savent pas signer ou sont dans l'impossibilité de le faire, mention sera faite sur l'imprimé qu'ils ne peuvent ou ne savent signer.

Toutes les demandes adressées par la poste aux mairies, pour obtenir des constatations de naissance à domicile, seront considérées comme non avenues, et aucune suite n'y sera donnée.

Après le délai de vingt-quatre heures, à partir du moment de la naissance, les parents ne pourront plus demander la visite du médecin. L'enfant devra être présenté à la mairie comme par le passé.

La constatation à domicile par le médecin de l'état civil tient seulement lieu de la présentation de l'enfant, mais ne dispense pas de l'obligation de la déclaration à la mairie, qui doit toujours y être faite par le père ou, à son défaut, par les personnes désignées dans l'article 56 du Code Napoléon, avec l'assistance de deux témoins, et dans le délai de trois jours, à compter de la naissance, pour faire rédiger l'acte de l'état civil.

Les parents qui ne désireraient pas profiter de la faculté qui leur est offerte de faire constater à domicile les naissances qu'ils ont à déclarer, ne sont aucunement tenus d'en user; ils restent libres de présenter l'enfant à la mairie, comme par le passé, au moment de la déclaration.

Fait à Paris, le 19 janvier 1869.

Par le préfet :
Le Conseiller d'Etat,
Secrétaire général de la préfecture,
Alfred BLANCHE.

Signé : G.-E. HAUSSMANN.

Par décret en date du 31 décembre 1868, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique, M. Lacaze-Duthiers (Félix-Joseph-Henri), professeur de zoologie (anuélides, mollusques et zoophytes) au Muséum d'histoire naturelle, est nommé professeur de zoologie, anatomie et physiologie comparée à la Faculté des sciences de Paris, en remplacement de M. Paul Gervais, nommé professeur au Muséum.

Par arrêté ministériel du 15 janvier 1869, M. le docteur A. Riant, professeur d'hygiène, secrétaire de l'Association polytechnique, a été nommé officier d'Académie.

Une place de chirurgien adjoint des hôpitaux et hospices civils de Bordeaux est mise au concours. Les épreuves commenceront le lundi 12 avril 1869.

Pour les articles non signés : F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Du traitement de l'angine couenneuse par la cautérisation;

Par M. Cambrelin, membre honoraire de l'Académie royale de Belgique.

(Lu à l'Académie royale de Belgique le 26 septembre 1868.)

Messieurs,

La communication que je vais avoir l'honneur de vous faire est relative au traitement des angines couenneuses par la cautérisation. Ce travail m'a été suggéré par un mémoire que vous adressa M. Bricheteau en mars dernier, sur la valeur des cautérisations dans le traitement des affections diphthériques (1).

Parmi les affections pathologiques — et il en est un bon nombre — qui servirent à battre en brèche la doctrine de l'irritation et à ruiner ses conséquences pratiques, on doit mettre au premier rang l'angine couenneuse dont s'est spécialement occupé Bretonneau, de Tours, sous le nom de *diphthérite* qu'il lui imposa, et que l'on adopta comme un progrès. Dans tous les temps les mots nouveaux, en médecine, ont assuré la fortune des systèmes ; elle devint une arme dont les adversaires de Broussais tirèrent parti fort habilement. En effet, l'idée physiologique représentait la membrane de nouvelle formation comme *un produit de l'inflammation de la muqueuse* qu'elle recouvrait, et, logiquement, elle conduisait à l'emploi des *antiphlogistiques ;* or, le mot *diphthérite* est venu donner l'idée d'une *entité spécifique* qui exigeait un traitement *sui generis*, et cette donnée, bien vague, conduisit à la cautérisation.

Quoi de plus simple désormais ?... Une maladie se présente sous la forme apparente d'une membrane qui, par son siége, peut faire courir de grands dangers au malade ; elle semble constituer à elle seule l'état morbide, comme un corps étranger venu du dehors. Or quelle sera l'indication obligée ? Elle est simple : il faut anéantir cette néoplasie le plus tôt possible, et, à cet effet, Bretonneau, acceptant hardiment la conséquence logique de ces prémisses, ne vit rien de mieux, pour atteindre ce grand résultat, que de l'attaquer par des agents destructeurs, des escharrotiques qui étaient connus comme jouissant de la propriété d'é-

(1) *Bull. de Thérap.*, t. LXXIII, p. 487.

teindre la vie dans les tissus soumis à leur action. Il se livra immédiatement à cette pratique, et des élèves dévoués au culte du praticien tourangeau devinrent d'ardents adeptes de la méthode dangereuse du maître ; ils proclamèrent la cautérisation comme étant le moyen le plus efficace pour prévenir le croup successif et pour le combattre quand il était établi ! Trousseau fut à leur tête, et son autorité, justifiée par un grand savoir et pas mal de témérité, n'a pas peu contribué à la vulgariser. Bientôt elle descendit dans les couches les plus inférieures du corps médical, et généralement on finit par la considérer comme un traitement spécifique *inoffensif*, parfaitement adapté à la *nature inconnue* de la maladie qu'il s'agissait de vaincre, et à l'employer même — imprudente exagération ! — comme moyen *préventif* de l'angine couenneuse; erreur qui fut fatale, j'en ai la conviction intime, à un grand nombre de malades qu'une médecine négative, ou l'emploi de quelques émollients, *intus* et *extra*, auraient guéris.

Une remarque que je ne puis me dispenser de présenter, c'est que cette méthode de traiter les maux de gorge — *le noir bouton*, ainsi que le désignait le bas peuple — fut importée dans nos provinces wallones par des médicastres et des matrones qui en faisaient l'objet d'une spéculation. Je suis autorisé à émettre cette opinion par cette circonstance, que plusieurs confrères m'ont signalé, pour répression, ces délinquants, longtemps avant qu'eux-mêmes ne se livrassent à cette pratique qui n'avait pas encore obtenu leur approbation.

J'arrive au travail de M. Bricheteau, plus significatif que volumineux, et qui fait se dire, quand on l'a médité, que ce médecin a rendu service à la science tout en posant une bonne action. Cet auteur débute par cette constatation :

« La cautérisation occupe encore une grande place dans la thérapeutique de l'angine couenneuse et du croup. Dès le début, c'est à cette méthode que le médecin recourt, il y revient fréquemment, la pratique plusieurs fois par jour, et lorsque, malgré ses efforts, il voit les produits diphthériques se propager aux voies aériennes et faire périr les enfants d'asphyxie, il est *tenté* de s'accuser de ne pas avoir fait des cautérisations assez vigoureuses ni assez fréquentes. »

Cette déclaration est le résumé des faits que l'on constate tous les jours ; mais dire simplement : *il* — le médecin — *est tenté*, ce n'est pas rendre exactement la disposition d'esprit du malheureux praticien que le mot *diphthérite* a jeté dans une profonde terreur.

Plus que cela, il se reprochera positivement d'avoir été trop timoré, et les succès, relativement rares, rapportés dans des publications éphémères, les exemples encourageants, bien que trompeurs et inexacts, qu'on aura pu lui citer, le confirmeront dans cette opinion. Il se promettra donc de redoubler d'action aux premières occasions, et il se tiendra parole, parce que l'idée ne lui viendra pas, ou il la repoussera comme importune, d'attribuer la catastrophe à l'emploi du poison violent qu'il a osé plonger dans la gorge de son malade.

M. Bricheteau, dans son opposition à une pratique malheureusement encore trop générale, fait porter son argumentation sur l'*inutilité des cautérisations*, et il la base : « 1º sur les effets complétement nuls des agents — en tant que chimiques — que l'on a proposés pour faire fondre les exsudats fibrineux de la diphthérite, et notamment des caustiques ; 2º sur l'absence de toute valeur thérapeutique de la cautérisation dans le traitement de l'angine couenneuse et du croup. » J'ajouterai, de mon côté : « 3º sur les dangers imminents, inévitables dans la très-grande majorité des cas qui résultent de l'application des caustiques dans l'entonnoir pharyngien. »

C'est chacun de ces points que nous allons passer en revue.

Le premier est démontré par des expériences que notre auteur fit en commun avec M. Adrian (1) sur un bon nombre d'agents caustiques ou prétendument dissolvants, lesquels restèrent sans effets sur des portions de néo-membranes mises en expérience dans leur laboratoire. Ces messieurs font une exception, toutefois, en faveur de l'*acide lactique* et de l'*eau de chaux*, qui paraissent leur avoir donné un résultat satisfaisant ; mais outre que ces deux agents n'appartiennent pas à la catégorie de ceux dont nous provoquons la réprobation, que conclure, soit dit en passant, de ces expériences faites dans un vase inerte, sur des produits isolés, frappés de mort, débarrassés des fluides muqueux qui les protégent dans la gorge, et plongés en permanence dans une quantité relativement considérable de réactifs?... Peu de chose sans doute ; rien, peut-être ; car il est plus que douteux que ces agents chimiques agissent avec un égal succès sur ces mêmes membranes encore adhérentes par une de leurs surfaces, et dont l'autre, libre, est préservée, en partie, de leur contact intime par les mucosités qui la lubrifient et la pro-

(1) *Sur la solubilité des fausses membranes diphthériques*, par MM. Bricheteau et Adrian (*Bull. de Thérap.*, 30 janvier 1868, t. LXXIV).

tégent contre leur action ; sur ces produits pathologiques qui jouissent encore d'une vie propre, ou tout au moins partagent celle de l'organe auquel ils sont très-intimement unis et qui doit les gratifier d'une certaine force de résistance. Enfin l'action de ces agents, l'*eau de chaux* et l'*acide lactique*, ne peut être que passagère, momentanée, comme leur application, et leur puissance dissolvante doit se trouver fort affaiblie par leur combinaison ou leur simple mélange avec les liquides qui affluent dans la gorge et en enduisent l'intérieur... Ces réflexions sont tristes, décourageantes, mais il était impossible de ne pas les présenter.

Revenons à nos caustiques et concluons avec M. Bricheteau, qui s'appuie sur des essais que je crois fort oiseux d'exposer ici, attendu que l'on peut en prendre connaissance dans le travail de l'auteur :

« Que la cautérisation pratiquée avec les caustiques les plus énergiques ne détruit pas immédiatement sur place les fausses membranes diphthériques; au contraire, il arrive souvent que les fausses membranes restent adhérentes à la muqueuse, noircies et racornies à leur surface externe. » En un mot, « que dans l'état actuel dc la science il n'existe aucun réactif chimique qui puisse dissoudre en quelques minutes les couennes de l'angine et du croup. » Et trouverait-on, continue plus loin M. Bricheteau, avec tous les hommes sensés qui ont réfléchi sur cet important sujet, « un liquide quelconque doué de la propriété de dissoudre les fausses membranes par une simple action topique, que l'on ne serait pas encore en possession d'un spécifique de la diphthérite, car il importe surtout de s'opposer à leur reproduction : c'est vaincre la dyscrasie qu'il faut, et malheureusement c'est impossible, » pour le moment au moins, ajouterons-nous.

L'expérience, comme nous le dirons ci-après, a d'ailleurs prononcé dans cette question de l'efficacité des caustiques, et elle a une signification déterminante pour l'observateur impartial et doué d'un jugement sain.

Nous arrivons ainsi à la deuxième proposition de M. Bricheteau, qui est celle où « il dénie toute valeur thérapeutique à ce mode de traitement. »

Voyons si l'histoire des derniers siècles et celle de notre époque ne nous fourniront pas des faits capables de fixer les convictions sur ce point.

La première épidémie d'angine couenneuse qui soit à notre connaissance apparut en Europe en 1610-1620, et elle se renouvela

en 1650, 1746 et 1752. On la désignait sous les noms d'*angine gangréneuse épidémique*, à Naples, en France et en Suisse; de *garrotillo* (étranglement), en Espagne; d'*angine polypeuse épidémique* ou simplement *gangréneuse*, en Angleterre. Elle était caractérisée, selon les auteurs de ce temps, par des symptômes généraux et locaux qui établissent une analogie parfaite, une identité indiscutable entre la nature de ces maux de gorge et celle de la maladie désignée aujourd'hui sous la qualification de *diphthérite*. Eh bien! pendant les divers règnes de ce fléau, il s'est rencontré quelques médecins qui eurent recours aux attouchements avec l'acide sulfurique concentré à l'acide muriatique. Or, si les résultats avaient répondu à leur attente, si seulement ils avaient recueilli quelques faits propres à entretenir une certaine illusion, pas de doute que cette pratique ne fût devenue une règle et ne fût arrivée jusqu'à nous sans interruption, soutenue de l'autorité de plus de deux siècles d'expérience, d'une infinité de noms respectables, et Bretonneau n'eût pas eu la peine de la réinventer après un siècle du plus complet oubli.

Toutefois ce novateur, excellent observateur, du reste, ne paraît pas avoir obtenu les succès qu'il avait espérés, car bientôt, abandonnant l'application des acides minéraux, il eut recours aux insufflations de *calomel;* mais l'impulsion était donnée ; ses élèves, aussi fanatiques du maître qu'adversaires prononcés du broussaisisme, continuèrent à prôner la cautérisation, et parmi eux nous rencontrons cet homme — nous l'avons déjà nommé — qui parut prendre sous son patronage spécial, actif, cette méthode que je ne puis qualifier que de *déplorable!*

Oui, déplorable, je le répète, malgré l'absence d'une bonne statistique que l'on ne possédera jamais, parce que chacun est intéressé à dissimuler ses mécomptes. Elle seule pourrait, cependant, justifier ce jugement sévère. Or force nous est de recueillir nos souvenirs et d'invoquer quelques-uns des faits rares que nous trouvons dans les travaux sur la matière.

Et d'abord je dirai, d'une manière générale, ne voulant pas être soupçonné de faire de la personnalité, qu'il ne m'a jamais semblé que la pratique des partisans quand même de la cautérisation fût assez heureuse pour être imitée. Quand j'apprenais qu'un petit malade était traité par cette méthode, je croyais pouvoir prédire une issue funeste et prochaine, et le plus souvent l'événement venait confirmer mon pronostic, et si promptement même qu'il aurait été

impossible d'attribuer la mort du malade aux progrès réguliers de l'affection que l'on avait diagnostiquée.

De plus, Trousseau, d'après son propre aveu, vit succomber treize personnes sur les dix-sept qui habitaient une ferme, catastrophe qu'il attribue à la gravité de la maladie et le fait conclure à la nécessité de redoubler d'énergie; tandis que dans le même temps, les mêmes lieux et les mêmes circonstances, Gendron et Guimier récoltaient de nombreux succès par une méthode moins barbare.

Enfin un médecin de cette contrée, qui fut le théâtre des prétendus triomphes de l'école de Bretonneau, homme d'une sincérité qui aura toujours bien peu d'imitateurs, le docteur Rouxeau, a déclaré, dans une réunion de la Société de médecine de l'Ouest, dit M. Bricheteau, qu'une expérience de vingt-deux années lui a démontré *l'inutilité* des cautérisations. *Tous ses malades bien cautérisés sont morts*, dit-il; trois seulement, dont deux étaient dans des conditions hygiéniques déplorables, ont été guéris, et il attribue cet heureux événement à *l'abandon immédiat des cautérisations, abandon dû à l'indocilité de ses malades.*

Une observation générale trouve ici sa place, et je vous la soumets, messieurs, avec une entière confiance.

Les praticiens de mon âge se rappelleront facilement d'une époque où la cautérisation n'était recommandée ni pratiquée par personne dans les esquinancies de n'importe quelle nature. Dans nos contrées on rencontrait bien souvent, presque journellement, comme aujourd'hui, des cas sporadiques de cette affection sous forme bénigne, très-rarement la variété si grave désignée sous le nom de *croup;* mais des épidémies des unes et des autres en vit-on souvent? Si l'on en observa, ce ne fut, en tous cas, que fort rarement. Or le traitement, dans les cas sporadiques, tout différent de celui qui prit faveur vers 1825, était-il suivi d'insuccès fréquents? Était-il commun de voir l'esquinancie pharyngienne ou tonsillaire, simple ou membraneuse, se transformer en laryngite couenneuse? Certes non, mille fois non, si je m'en rapporte à mon expérience, car, d'après mes souvenirs, je ne crois pas avoir traité *six croups* bien confirmés pendant plus de cinquante années d'exercice !... Et pourtant que de maux de gorge n'ai-je pas eu l'occasion de voir !... Non, encore, si j'ai égard à la pratique prudente de vieux confrères que j'ai quelquefois interrogés et dont je connaissais toujours la manière de faire et ses résultats. Enfin j'invoquerai avec confiance le témoignage des jeunes médecins — jeunes relativement à nous —

auxquels cette pratique n'a rien offert d'attrayant, à côté de leurs confrères *cautérisateurs*; rencontrent-ils aussi souvent qu'eux des exemples d'affections couenneuses dans leur clientèle? Ont-ils à regretter une grande mortalité parmi leurs malades? Qu'ils répondent.

Mais à la suite de ces autres jeunes docteurs qui, sous prétexte de progrès, ou peut-être dans l'unique désir de donner une haute idée de leur habileté, accueillirent la nouvelle méthode avec empressement, l'appliquèrent vigoureusement lorsqu'ils croyaient apercevoir quelques traces suspectes dans la gorge, ou qui même l'employèrent comme moyen *préventif* dans toute espèce d'inflammation de cette partie, l'angine couenneuse, ou dite telle, n'est-elle pas devenue l'une des maladies les plus fréquentes du pays? Ne tient-elle pas, dans certaines localités, l'un des premiers rangs dans les chiffres de la mortalité (1)? N'est-elle pas devenue la terreur des mères? Je me suis souvent demandé, avec une très-grande disposition à résoudre la question par l'affirmative, si cette pratique inintelligente, appliquée le plus souvent avec une grande maladresse, ne devait pas être accusée de créer de toutes pièces la membrane fatale contre laquelle on redouble ensuite d'efforts sans changer de moyen!

Les premiers promoteurs de cette pratique auraient été frappés d'effroi s'ils avaient pu pressentir tous les fâcheux résultats amenés par leurs conseils dans nos petites communes rurales, éloignées des grands centres de population et soustraites au contrôle moral d'un public éclairé. Ils auraient certainement reculé devant la terrible responsabilité qu'ils assumaient.

Et puis, si l'on croit qu'il est facile de porter l'instrument sur la surface du pharynx, il faut bien reconnaître qu'il en est autrement quand c'est le tuyau aérien qui appelle toute l'attention, que la néoplasie s'y soit développée d'emblée, comme c'est le plus ordinaire dans le *croup*, ou consécutivement à la suite d'une *angine membraneuse*. Eh! mais l'esprit de système, de sa nature entreprenant, n'est pas embarrassé pour si peu; le mot *impossible* est rayé de son vocabulaire... Un des coryphées de la secte n'ouvrit-il pas la

(1) Le rapport de la commission médicale de la province d'Anvers, pour 1860, porte à 627 le chiffre des décès, dans cette province, par suite d'*angine* et de *croup*, tandis que le typhus n'y fit que 365 victimes. Ce fait ne donne-t-il pas matière à réflexions?

trachée-artère, et n'osa-t-il pas porter, par cette ouverture, le caustique jusqu'aux bronches, au moyen d'une sorte d'écouvillon?... Qui eut l'audace d'imiter un tel exemple? Personne ne s'en vanta, que je sache... Qui a cru à la réalité des succès annoncés à grand renfort de la grosse-caisse de la publicité?... Qui n'a pas admis que les rares guérisons que l'on a fait connaître n'étaient pas dues plutôt à la vigoureuse constitution des sujets qu'à l'efficacité du traitement?... Pratiquez une telle opération sur un sujet parfaitement sain, et dites-moi combien de chances il y aura pour lui d'en réchapper?...

Au reste, cette pratique n'eut pas de durée, le silence se fit bientôt autour d'elle, et si je la fais revivre ici, c'est pour avoir l'occasion de flétrir la reprise possible de cette tentative audacieuse.

En somme, et comme résumé de notre discussion sur ce point, j'engage mes adversaires, s'il s'en produit, à méditer la réflexion suivante de M. Bricheteau à laquelle les médecins prudents applaudiront :

« Ou la maladie (l'angine couenneuse) est locale ou offre peu de danger parce qu'elle n'a pas de tendance à s'étendre; dans ce cas il faut s'abstenir; ou bien elle est constitutionnelle, et alors on aura beau dissoudre la membrane par des moyens chimiques; toujours elle se renouvellera. La saine raison veut alors que l'on s'attaque plutôt à l'état général du malade. »

Faisant maintenant un retour vers la statistique dont nous avons dit un mot incidemment plus haut, nous constatons qu'elle ne peut nous être d'une grande utilité, puisque nous n'en possédons pas même les éléments les plus essentiels. Cependant nous pouvons tirer quelque parti des tableaux de la mortalité de la ville de Bruxelles, non compris les communes suburbaines, dressés par M. Janssens. Nous y trouvons que la mortalité par suite d'*angine pseudo-membraneuse* fut, pendant le premier trimestre de 1868, de 22, ce qui fait présumer, pour l'année, un total de 88.

Pour 1867....................	72
— 1866....................	86
— 1865....................	149
— 1864....................	131

Ou, en moyenne, 105 par année! mais nous ignorons le chiffre des guérisons. Or, malgré le profond isolement dans lequel je vis à Bruxelles, je n'ai pas été sans apprendre que quelques prati-

ciens (1) s'y livraient à la cautérisation des maux de gorge, et il m'est impossible de ne pas attribuer la majeure partie des décès à cette pratique dangereuse. En effet, des esquinancies simples, abandonnées aux seuls efforts de la nature, on n'en perd qu'une proportion fort insignifiante, et pour donner un tel chiffre de mortalité nous aurions dû avoir un nombre si considérable de malades de cette affection, pendant une aussi longue période, qu'ils auraient constitué une épidémie permanente, frappant toutes les familles. Quant à l'angine couenneuse sporadique, elle est très-rare, quoi que l'on dise; et si les chiffres fournis par l'honorable M. Janssens expriment bien la vérité — comme on ne peut en douter, — j'en conclurai que presque pas un seul malade de cette affection n'a échappé, et je soupçonnerai même fortement la cautérisation d'avoir été appliquée préventivement et d'avoir ainsi fait développer chimiquement la membrane dont la présence a fait ensuite caractériser la maladie. *(La suite au prochain numéro.)*

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'ovariotomie ;

Par M. le docteur Tillaux, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

L'extirpation des ovaires ou ovariotomie, si longtemps considérée en France comme une opération détestable, a décidément pris rang dans la thérapeutique chirurgicale, et son opportunité dans un certain nombre de cas ne peut être aujourd'hui sérieusement contestée ; les indications et contre-indications commencent à en être bien connues, et le manuel opératoire tend par sa précision de plus en plus grande à faire de l'ovariotomie une opération réglée. La moment nous semble donc opportun pour exposer aux lecteurs du *Bulletin* un résumé de cette grave question.

Après avoir rappelé rapidement l'historique de l'ovariotomie, nous indiquerons les indications et les contre-indications à cette opération, et décrirons ensuite le manuel opératoire.

(1) Afin d'éviter l'accusation qui m'attribuerait le dessein de faire de la critique malveillante, je déclare sur l'honneur que je ne connais pas un seul des médecins que ce passage pourrait concerner ni un seul des malades qui aurait subi la cautérisation.

La première opération d'ovariotomie pour un kyste de l'ovaire, paraît avoir été pratiquée en 1701, dans les environs de Glascow, par le docteur Houston.

La lecture du fait, publié en 1726 dans *Philosophical Transactions*, et reproduit dans le dernier ouvrage de M. Boinet, ne laisse aucun doute sur la nature de l'opération. La malade guérit et vécut jusqu'en 1714, et cependant cela ne paraît avoir produit aucune impression sur les contemporains.

Au siècle dernier, l'Académie royale de chirurgie, à la suite de la proposition faite par Delaporte, et appuyée par Morand, d'admettre l'ovariotomie dans la thérapeutique chirurgicale, s'associa unanimement au rapporteur qui formula un avis contraire.

C'est de la même manière qu'en 1856 l'Académie de médecine accueillit l'éloquent plaidoyer de Cazeaux en faveur de l'ovariotomie, et cependant à cette époque, elle pouvait être justifiée par de nombreux succès.

En effet, Mac-Dowel, du Kentucky, avait pratiqué en 1809 avec succès l'ovariotomie, et avait obtenu à la fin de sa carrière huit succès sur treize opérations. Plusieurs de ses confrères, Dzondi, Alban Smith l'avaient imité.

Quelques années plus tard, les chirurgiens de la Grande-Bretagne eurent recours à cette opération sans compter d'abord de nombreux succès. Ce n'est qu'à partir de 1858, grâce à MM. Spencer Wells, Baker-Brown, Clay, etc., que des perfectionnements très-notables furent apportés au manuel opératoire et d'heureux résultats obtenus.

La France était restée complétement étrangère à ce mouvement, ou peu s'en faut. Signalons toutefois les deux ovariotomies suivies de guérison rapide de MM. Woyer Kowsky, en 1844, et Vaulégeard, de Condé-sur-Noireau, en 1847. Malgré cela quelques opérations isolées et malheureuses (M. Maisonneuve, en 1849, M. Baek, de Strasbourg, en 1852, Jobert, en 1856, Hergott et Michel, Boinet, en 1859), n'étaient pas faites pour exciter l'enthousiasme des chirurgiens français.

En 1860, M. J. Worms fit en France une véritable croisade en faveur de l'ovariotomie. Il publia les résultats obtenus en Amérique, en Angleterre, en Allemagne, résultats qu'il avait en partie constatés lui-même et ses efforts ne furent pas stériles. C'est alors, en effet, que M. Nélaton effectua en Angleterre son fameux voyage

dans le but d'étudier cette importante question, se rendre compte du manuel opératoire, voir sur place les conséquences prochaines et éloignées de l'opération.

Étant à cette époque interne de M. Nélaton, nous n'avons pas oublié la relation de son voyage qu'il fit à la Clinique, le 25 octobre 1861 ; il était revenu enthousiasmé de ce qu'il avait vu. A partir de ce jour le sort de l'ovariotomie en France était fixé.

De nombreuses extirpations de l'ovaire ont été faites dans notre pays depuis cette époque. Nous pouvons citer plus particulièrement MM. Nélaton, Kœberlé, Péan, Boinet, Labbé, etc., etc.

Un grand nombre de statistiques sur l'ovariotomie ont été publiées à l'étranger et reproduites dans la thèse de M. Herrera Vegas. Nous en ferons connaître seulement quelques-unes.

Le docteur Clay a réuni 395 cas ainsi répartis :

	Succès.	Insuccès.	Total.
Grande-Bretagne	127	95	222
Allemagne	13	38	51
Amérique	64	49	113
Inconnu	8	1	9
Total	212	183	395

TABLEAU DES CAS DE M. SPENCER-WELLS PAR ANNÉES.

ANNÉES.	OVARIOTOMIES COMPLÈTES.		OVARIOTOMIES INCOMPLÈTES.		INCISION EXPLORATRICE.	
	Guéries.	Mortes.	Guéries.	Mortes.	Guéries.	Mortes.
1857	»	»	1	»	»	»
1858	3	»	»	»	»	»
1859	6	5	»	»	»	»
1860	4	2	1	»	1	»
1861	6	5	»	»	1	»
1862	16	5	1	»	»	1
1863	18	13	»	»	»	»
1864	25	9	»	1	1	»
1865	26	8	2	1	1	»
1866	31	14	1	2	2	1
1867	11	2	»	»	»	»
	146	65	6	4	6	2
TOTAL	211		10		8	

Réunissant les différentes statistiques, M. Boinet a donné le tableau suivant :

	OVARIOTOMIES.	GUÉRIES.	MORTES.	PROPORTIONS.
Ch. Clay, jusqu'en mai 1866.......	100	76	34	69,09
Spencer-Wells, jusqu'en mai 1866...	166	112	54	67,46
Baker-Brown, jusqu'en mai 1866.....	95	62	33	65,26
Reith, jusqu'en mai 1866.	41	32	9	78,04
Tayler Smith, jusqu'au 10 avril 1864.	21	16	5	76,18
Bryant, jusqu'au 16 avril 1864......	10	6	4	60
Kœberlé, jusqu'en juillet 1866.......	28	19	9	67,85
Nélaton, jusqu'en mars 1867.......	15	7	8	46,66
Boinet, jusqu'en mars 1867.........	7	4	3	57,14
TOTAUX.....	493	334	159	67,74

On voit d'après ce tableau, dit M. Boinet, que sur un chiffre de 493 opérations faites par 9 chirurgiens dans des localités différentes la proportion des cas heureux est à peu près de 2 sur 3, et que cette proportion peut être considérée comme l'expression actuelle de l'ovariotomie.

Dans un tout récent et luxueux ouvrage sur l'ovariotomie, M. Krassowsky, de Saint-Pétersbourg, relate 25 opérations pratiquées par lui depuis cinq ans.

1 a été partielle et suivie de mort.

Sur les 24 autres, il a obtenu 13 guérisons et 11 morts : proportion un peu moins favorable que dans le cas précédent. Il est bon d'ajouter que ces opérations, sauf une (mort), ont été pratiquées à la Clinique et à l'hôpital.

M. Kœberlé a publié l'année dernière ses résultats statistiques, sur lesquels nous devons nous arrêter un instant.

La première opération de ce chirurgien a eu lieu le 2 juin 1862, et la dernière de la statistique publiée, le 1er juin 1868.

Elles sont ainsi réparties par années :

1re année..............	6 cas.	1 mort.
2e —	4 —	2 —
3e —	8 —	2 —
4e —	9 —	4 —
5e —	19 —	9 —
6e —	23 —	6 —
Totaux.....	69 cas.	24 morts.

Comme résultat général, dit M. Kœberlé, mes opérations au nombre de 69 ont donné exactement les deux tiers des guérisons ; les 2 dernières ont donné les quatre cinquièmes ou mieux 5 morts sur 22 cas. L'habile chirurgien de Strasbourg attribue ces résultats, non à une série heureuse, mais, ce que nous croyons volontiers, à l'expérience acquise et aux perfectionnements apportés dans le manuel opératoire.

Les espérances de M. Kœberlé vont encore au delà des résultats qu'il a obtenus, car suivant lui, pour qu'une statistique d'opérations d'ovariotomie soit satisfaisante, elle doit donner :

90 à 95 guérisons pour 100 dans les cas simples ou sans adhérence ;

70 à 80 guérisons pour 100 dans les cas d'adhérences légères ;

40 à 60 guérisons pour 100 dans les cas difficiles.

Nous souhaitons fort, sans oser l'espérer, que l'avenir confirme les espérances du chirurgien de Strasbourg.

Dans les vingt-quatre insuccès de M. Kœberlé, les causes de mort ont été les suivantes :

Septicémie dans 7 cas ; péritonite dans 5 cas ; péritonite et septicémie dans 6 cas ; épuisement (faiblesse extrême) dans 3 cas ; étranglement interne dans 1 cas ; entérite dans 1 cas ; tympanite intestinale dans 1 cas.

De tout ce qui précède, ne faut-il pas conclure sans hésiter, que l'ovariotomie a conquis dans la pratique une place importante que rien ne saurait plus lui enlever ?

Indications et contre-indications de l'ovariotomie. — La lecture des nombreuses observations d'ovariotomie publiées prouve que, dans plusieurs cas, de regrettables erreurs de diagnostic ont été commises. On a confondu les kystes de l'ovaire avec l'ascite, la tympanite et surtout avec des tumeurs fibreuses. Le diagnostic différentiel de ces tumeurs entre elles a dans ces derniers temps acquis une précision beaucoup plus grande ; mais ce n'est pas là ce dont il s'agit en ce moment. Nous supposons un kyste de l'ovaire parfaitement reconnu. Dans quel cas le chirurgien devra-t-il songer à l'ovariotomie, dans quel cas devra-t-il s'abstenir ?

Nous rappellerons que les kystes de l'ovaire présentent deux grandes variétés quant à la constitution de la poche. Tantôt cette poche est unique, ils sont *uniloculaires ;* tantôt cette poche est multiple, ils sont *multiloculaires.* La nature du contenu présente une

distinction non moins importante. Le liquide peut être séreux, sanguin ou purulent ; il peut être visqueux et filant.

Le kyste peut être libre dans la cavité abdominale, absolument exempt d'adhérences avec les viscères circonvoisins. Il peut au contraire présenter des adhérences plus ou moins intimes avec ces viscères.

En présence d'un kyste de l'ovaire, le chirurgien doit donc se poser et résoudre ces trois questions :

Est-il uniloculaire ou multiloculaire ?

Le kyste contient-il un liquide limpide ou bien un liquide visqueux ?

Est-il libre dans la cavité abdominale où bien adhérent ? Dans quelle proportion existent les adhérences ?

La première de ces questions est résolue par la palpation abdominale, par la fluctuation qui se transmet d'une extrémité à l'autre du kyste, lorsque la poche est unique ; est interrompue au contraire si la poche est multiple. Du reste la ponction simple donne des renseignements précis sur ce point, puisque le kyste multiloculaire ne peut se vider par une seule ponction.

C'est également la ponction qui donne la solution sur la nature du liquide.

Les adhérences sont la pierre d'achoppement du chirurgien dans l'extirpation des ovaires. De leur absence ou de leur présence résulte la possibilité où l'impossibilité de l'opération. Les adhérences légères et peu étendues peuvent encore être détruites ; mais que l'on suppose un kyste adhérent par toute sa surface aux viscères qui l'avoisinent, avec le foie, la rate, les intestins, le plancher du bassin, etc. ; que ces adhérences soient anciennes, solides, vasculaires, l'extirpation est alors impraticable. Le chirurgien peut-il arriver à reconnaître d'avance l'existence des adhérences, leur étendue, leur nature ?

Assurément non, il ne le peut pas d'une manière générale et absolue ; la preuve en est dans le fait des opérations laissées inachevées entre les mains des opérateurs les plus expérimentés. On arrive cependant à un diagnostic relatif qui ne laisse pas que d'avoir une haute utilité.

On pourra supposer que les adhérences n'existent que peu ou pas, si la tumeur n'est pas ancienne et s'est développée rapidement, si le kyste est uniloculaire, si les parois abdominales glissent facilement sur la tumeur dans les mouvements respiratoires, si la ma-

lade n'a jamais éprouvé de douleurs abdominales vives, dues à une péritonite partielle. On pourra conclure qu'elle n'adhère pas au corps de l'utérus et à l'excavation, si le toucher vaginal ne lui imprime aucun mouvement. La coïncidence d'une ascite sera très-heureuse au point de vue qui nous occupe. Enfin, si l'on a pratiqué une ponction et que les parois du kyste aient subi leur retrait sans entraîner après elles la paroi abdominale, ce sera encore une preuve du défaut d'adhérences.

Tous les signes précédents sont précieux, sans doute, mais ils ne prouvent pas que le kyste n'adhère pas aux viscères par sa paroi postérieure, par son fond, etc.

L'opérateur, s'appuyant sur un bon examen, pourra donc avoir de grandes présomptions, mais il gardera toujours des inquiétudes sérieuses à l'égard des adhérences, celles-ci existant, suivant M. Boinet, dans la proportion de trois fois sur quatre.

Si, grâce à l'ancienneté de la tumeur, aux attaques répétées de péritonite partielle, à l'immobilité du kyste dans la cavité abdominale, à sa fusion dans le petit bassin avec le corps de l'utérus et les parois de l'excavation, le chirurgien concluait à l'existence d'adhérences étendues, solides, vasculaires, il devrait s'abstenir de l'opération, car c'est une contre-indication absolue.

Que doit on faire en présence d'un kyste *uniloculaire* contenant un liquide séreux ? Il faut d'abord pratiquer une ponction, faire suivre cette ponction d'une injection iodée, conformément aux règles indiquées par M. Boinet. L'ovariotomie ne doit pas faire oublier qu'un grand nombre de kystes uniloculaires à contenu séreux, sanguin ou purulent ont été guéris par les ponctions et les injections iodées. Si la première ponction ne réussit pas, on en tentera une seconde, une troisième, etc.; on ne s'arrêtera que si le liquide se reproduit rapidement et en même quantité, si la santé générale s'altère, si, en un mot, il est démontré au chirurgien que les injections iodées n'ont aucun résultat utile. On sera alors autorisé à laisser dans le kyste une sonde à demeure, ou mieux à pratiquer l'ovariotomie. Nous considérons donc comme absolue la règle suivante :

L'ovariotomie ne devra jamais être appliquée d'emblée au traitement d'un kyste de l'ovaire, uniloculaire, à contenu séreux, sanguin ou purulent, avant d'avoir préalablement tenté la guérison par les ponctions et les injections iodées.

Le kyste est uniloculaire et contient un liquide visqueux ?—L'ex-

périence est faite à cet égard. Nous savons que ces kystes ne guérissent jamais par l'injection iodée. L'ovariotomie est donc alors indiquée.

Le kyste est multiloculaire ? — Quelle que soit la nature du contenu, il est évident qu'on ne saurait guérir ces kystes par l'injection iodée, puisqu'un nombre plus ou moins grand de poches ne sera pas mis en contact avec le liquide iodique. L'ovariotomie est alors indiquée.

Bien que les meilleurs résultats aient été obtenus dans la période de vingt à quarante ans, l'âge n'est cependant pas une contre-indication absolue. L'ovariotomie a été faite depuis l'âge de quinze ans jusqu'à soixante-dix-huit ans.

Nous admettons volontiers les sages conclusions formulées par M. Boinet dans son *Traité pratique des maladies des ovaires*, p. 364 : « Pour que la pensée d'extirper un ovaire puisse naître, il faut d'abord qu'il n'existe aucune autre lésion grave que la tumeur abdominale; il faut qu'il soit établi d'une manière positive que celle-ci est constituée par un kyste de l'ovaire ; puis il ne faut pas opérer les kystes à leur début, alors qu'ils ne gênent ni par leurs poids, ni leur volume, et qu'ils n'ont apporté aucun trouble fonctionnel ; ne jamais opérer, si on soupçonne une diathèse quelconque, cancéreuse, tuberculeuse, etc., et si les malades sont tellement affaiblies qu'elles semblent ne pas pouvoir supporter l'opération. S'il y a grossesse concomitante, on doit renoncer à l'opération, de même que si on a acquis la certitude qu'il existe avec des tumeurs ovariques une ou plusieurs tumeurs dans les parois de l'utérus, ou liées à cet organe par des adhérences si solides que l'utérus et les tumeurs ne semblent faire qu'une seule et même masse.

Enfin on ne doit jamais pratiquer l'opération pour les kystes simples et uniloculaires, qu'après les avoir soumis aux injections iodées, et lorsqu'il a été constaté par une ou plusieurs ponctions que le liquide est épais, filant, albumineux, ou bien que le liquide, malgré les injections iodées, revient avec une grande rapidité et affaiblit la malade. »

(*La suite au prochain numéro.*)

Injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine dans les ruptures musculaires partielles ;

Par Edward ALLING, interne des hôpitaux.

L'année dernière M. le docteur F. Guyon a eu l'idée d'employer les injections sous-cutanées de morphine dans les ruptures musculaires. J'ai cherché dans les différents auteurs qui ont parlé des ruptures musculaires, et nulle part je ne trouve indiqué ce mode de traitement. Par anticipation, je dirai que le succès nous a paru remarquable ; je ne parle que des ruptures musculaires partielles, de ces lésions auxquelles on a donné les noms de *coup de fouet*, de *tours de reins*. Quelques chirurgiens ne considèrent pas ces lésions comme des ruptures musculaires, mais la grande majorité les acceptent comme telles. Les auteurs classiques, comme Nélaton, Follin, Vidal, traitent très-légèrement ce sujet, et disent que ces ruptures guérissent en quelques jours ; mais tous ceux qui les ont décrites avec un peu de soin, reconnaissent au contraire que la guérison se fait souvent longtemps attendre, les auteurs du compendium donnent une durée souvent d'un et même plusieurs mois. Boyer dit à ce sujet : La douleur ordinairement force le malade à garder le lit au moins pendant un mois, et s'il marche trop tôt, il s'expose à une nouvelle rupture, et conseille comme traitement : repos pendant un mois à six semaines.

Sédillot a publié en 1817 un mémoire sur les ruptures musculaires et surtout au point de vue du traitement par la compression qu'il préconise. A l'aide d'un certain nombre d'observations, il fait ressortir la longueur et l'incertitude du traitement par les autres méthodes, un ou plusieurs mois, et la rapidité surprenante avec laquelle il obtient la guérison par la compression ; quelques jours suffisent. Il est un point sur lequel je désire insister ; c'est que, avec la compression bien faite, le malade marche immédiatement et, au bout de quelques jours seulement, il est complétement guéri ; marchant sans bandage. Nous verrons qu'il en est à peu près de même avec les injections sous-cutanées.

Nous y reviendrons après avoir donné les observations. La plupart ont trait aux ruptures dans la masse sacro-lombaire, aux tours des reins, et lorsque j'ai voulu chercher dans les auteurs, afin de comparer les résultats obtenus par les injections de morphine, avec ceux des autres méthodes, je n'ai trouvé nulle part décrit le tour de rein ;

tous prononcent le mot, mais pas un seul n'accorde une ligne à son étude. Sédillot même, dans sa longue série d'observations, n'en rapporte pas un seul cas; il les connaissait cependant, puisqu'il cite Camseru et Lieutaud à ce sujet. Est-ce parce que l'on a regardé ces lésions comme trop peu sérieuses? cela n'eût pas empêché de leur accorder au moins quelques lignes. Ce n'est certes pas qu'elles sont rares. Les tours de reins se voient tous les jours dans les consultations des hôpitaux; on prescrit généralement des ventouses scarifiées. Quelques malades sont rapidement soulagés, d'autres reviennent pendant dix et quinze jours, puis on les perd de vue.

Cette lacune m'a gêné dans ces recherches, en me privant d'un terme de comparaison nettement établi.

Dans tous les cas, deux des observations se rapportent: l'une, à une rupture dans le mollet; l'autre, dans le deltoïde; nous pourrons les comparer aux faits connus.

Obs. I. Le nommé M***, âgé de quarante-deux ans, entre à Necker dans le service de M. Guyon, le 18 février. Le 16 février ayant glissé de dessus un banc, il a voulu se rattraper, et a senti au mollet une vive douleur, comme une crampe; ne pouvant plus travailler, il entre à l'hôpital. Le voyant couché et ayant une large brûlure au troisième degré sur le dos, on ne fait pas attention à sa jambe et on soigne sa brûlure seule. Il continue à se plaindre de sa jambe, et le 22 février, quatre jours après, il finit par dire que ce n'était pas pour sa brûlure qu'il était venu, mais bien pour sa jambe et qu'il ne peut pas mettre le pied à terre. C'est alors que M. Guyon eut l'idée de lui faire une injection sous-cutanée de morphine, *loco dolenti*, l'injection a occasionné quelques vomissements, mais la douleur a été notablement calmée.

Le 23, nouvelle injection, 1/2 centigramme seulement; il a été très-soulagé et peut marcher assez bien.

Le 24, 1 centigramme, et le lendemain 25, c'est-à-dire le quatrième jour, il ne sent plus de douleur du tout et marche comme avant l'accident.

Obs. II. H***, jeune homme, vient le 22 août à la consultation. Quatre jours auparavant, en soulevant une charge il a senti une douleur vive et subite dans l'épaule gauche; il a continué à souffrir beaucoup, et le 21 on lui applique des ventouses scarifiées sur le moignon de l'épaule. Ce matin, il nous dit qu'il n'a pas été soulagé du tout par les ventouses, et il paraît souffrir beaucoup; à peine peut-il remuer le bras, et toutes les fois qu'on veut faire agir

le deltoïde, le malade ressent des douleurs très-vives, il ne peut pas écarter le bras du tronc. Il s'agit bien d'une rupture de quelques fibres du deltoïde. On lui fait une injection de 1 centigramme de morphine, et quelques instants après il peut, sans grande douleur, faire exécuter à son bras des mouvements très-étendus.

Le 23, lendemain, il revient et nous dit qu'il est resté soulagé toute la journée d'hier ; ce matin il exécute des mouvements assez étendus avec son bras et la douleur est très-supportable ; nouvelle injection de 1 centigramme ; nous ne le revoyons plus.

Obs. III. M*** vient le 11 août à la consultation ; la veille, levant une charge, a eu un tour de rein, douleur subite, vive, région lombaire.

Le 11, 15 gouttes de morphine (solution 1/100), il est soulagé ; toute la journée est resté couché.

Le 12, 20 gouttes, absence complète de douleurs pendant deux heures, puis douleur insignifiante le reste de la journée.

Le 13, les douleurs recommencent ce matin ; 25 gouttes, retourne chez lui sans douleur, et n'a plus eu le reste de la journée qu'un simple engourdissement.

Le 14, 25 gouttes ; ne ressent plus de douleur que dans les grands mouvements pour se baisser.

Le 15, ressent encore un peu d'engourdissement le matin, 25 gouttes.

Le 16, il vient nous remercier, se déclarant complétement guéri.

Obs. IV. G***, soixante-cinq ans ; le 21 août, en soulevant une pierre éprouve subitement une douleur vive, piqûre dans les lombes.

Le 1er septembre, on lui applique 4 ventouses scarifiées.

Le 4, il revient à la consultation, déclarant n'avoir pas été soulagé par les ventouses et qu'il souffre autant que le premier jour, c'est-à-dire qu'il y a quatorze jours. Injection sous-cutanée de morphine. Injection de 25 gouttes (au 1/100).

Le 5, il nous raconte qu'hier il avait été immédiatement soulagé, qu'il a pu s'en retourner chez lui assez facilement, qu'il a été bien le reste de la journée ; il est resté couché une partie de la journée et ne ressentait de douleur que pour se retourner. Ce matin, la douleur est bien revenue un peu, mais n'est pas à comparer à celle d'hier. Injection 30 gouttes. Nous ne le revoyons plus.

Obs. V. V***, quarante-quatre ans ; le 7 septembre, en levant une pierre éprouve une douleur subite et vive aux lombes.

Le 10, vient à la consultation, souffrant beaucoup, il lui est impossible de se baisser. Injection de 1 centigramme.

Le 11, dit avoir été très-soulagé hier, a pu se baisser et se remuer sans grande douleur, et a été très-bien le reste de la journée. Ce matin la douleur est très-supportable. Injection de 1 centigramme.

Le 12, dit que l'injection avait eu moins d'effet qu'avant-hier (probablement à cause de l'intensité déjà moindre de la douleur), mais qu'il avait été cependant calme ce matin ; la douleur ne le gêne que pour se baisser ou se remuer trop vivement. Injection de 1 centigramme. Nous ne le revoyons plus.

Obs. VI. W***, cinquante-cinq ans ; le 18 août, soulevant une charge, douleur subite et vive, région lombaire.

Le 20, vient à la consultation souffrant beaucoup, à peine peut-il baisser sa culotte. On lui fait une injection de 1 centigramme ; puis le faisant causer quelques instants avant de se relever, il a pu ensuite se reculotter et recommencer ainsi plusieurs fois, presque sans douleurs ; il est parti, ne se servant plus de sa canne pour marcher, comme il avait été obligé de le faire en venant à la consultation.

Le 21, est resté calme toute la journée d'hier ; ce matin, la douleur reparaît, mais bien moindre qu'hier. Injection de 1 centigramme, et le calme revient immédiatement.

Le 22. Ce matin ne ressent de douleur que dans certaines positions. Injection de 1 centigramme. Nous ne le revoyons plus.

Obs. VII. B***, cinquante ans ; le 6 août, en levant une charge, douleur subite dans les lombes.

Le 11, vient à la consultation, souffrant beaucoup. Injection de 15 gouttes (au 1/100).

Le 12. Hier la douleur a disparu immédiatement et il est resté levé toute la journée, sans souffrir ; ce matin la douleur reparaît un peu. Injection de 20 gouttes.

Le 13, a été calme, mais ce matin paraît beaucoup souffrir. Injection de 25 gouttes.

Le 14, a été bien calme hier, et s'est promené toute la journée ; ce matin peu de douleur. Injection de 25 gouttes. Nous ne le revoyons pas.

Obs. VIII. P***, le 11 août, en levant une charge, ressent une douleur subite dans les lombes ; il vient le matin même à la consultation. On lui fait une injection de 15 gouttes (au 1/100).

Le 12, dit avoir été immédiatement soulagé hier, a été une heure

avec absence complète de douleur, puis le reste de la journée la douleur a été insignifiante. Ce matin, injection de 20 gouttes. Nous ne le revoyons plus.

Je ne puis que donner ces observations de tours de reins sans les discuter, car je l'ai dit plus haut, les termes de comparaison me manquent absolument ; je dois cependant faire ressortir le succès obtenu dans l'observation IV. Le malade, quatorze jours après l'accident souffrait comme le premier jour, et une première injection de morphine a été suivie d'un soulagement qui valait presque une guérison immédiate. Il est probable que chez ces malades, si on pouvait faire ces injections deux fois par jour, les guérisons s'obtiendrait encore plus facilement ; dans tous les cas, ce traitement est plus simple que par les ventouses.

Les observations I et II (rupture dans le mollet et dans le deltoïde), surtout la première, ont plus de valeur. Nous savons que le coup de fouet dure en général au moins un mois ; eh bien, en trois jours de traitement le malade de M. Guyon a été guéri ; le traitement a été commencé le cinquième jour de l'accident, et nous avons pu constater que la guérison a été radicale, car le malade est resté encore quelque temps dans le service à cause de sa brûlure du dos.

Comment la morphine a-t-elle agi ? Sédillot, dans son mémoire, dit d'une façon générale, sans y insister : « Le traitement à suivre serait donc celui qui priverait les fibres musculaires de leur contractilité. » Est-ce ainsi qu'agit la morphine ? Est-ce seulement en écartant l'élément douloureux ? Je suis tenté de croire qu'il y a quelque chose de plus que dans cette dernière hypothèse, car les malades atteints de ruptures musculaires partielles, lorsqu'ils sont au repos, ne souffrent pas, et cependant il leur faut un repos d'au moins un mois pour guérir, et encore souvent s'en ressentent-ils pendant plusieurs mois ; tandis qu'avec les injections de morphine, à en juger d'après nos observations, il ne faudrait que quelques jours et la guérison serait radicale. D'accord avec M. Guyon, je pense donc que c'est là un traitement qui mérite d'être essayé.

CHIMIE ET PHARMACIE

Sur l'huile phosphorée ;

Par le docteur C. Méhu, pharmacien de l'hôpital Necker.

Lorsqu'il y a six ans, M. le docteur Delpech, médecin de l'hôpital Necker, commençait ses études sur l'action du phosphore dans diverses maladies, et particulièrement dans les paralysies, j'éprouvais de grandes difficultés pour obtenir de l'huile phosphorée inaltérable et par conséquent d'un dosage constant. Depuis cette époque, la médication phosphorée, dont je ne veux point ici examiner les effets, a pris des développements qui deviennent chaque jour de plus en plus considérables. J'ai fréquemment préparé des quantités importantes d'huile phosphorée, et c'est le résultat de mes expériences que je vais exposer.

Le procédé du Codex de 1866 consiste à faire dissoudre au bain-marie 2 grammes de phophore dans 100 grammes d'huile d'amandes douces et à laisser refroidir après dissolution. Quand l'huile s'est éclaircie par le repos, on la sépare par décantation du phosphore cristallisé au fond du flacon, et on la conserve dans des flacons de petite capacité. Dans cette opération le phosphore est dissous en quantité variable, la dose employée est plus forte que celle que l'huile peut retenir en dissolution à la température ordinaire ; il faut donc, avant de faire usage du produit, attendre que le phosphore ne se dépose plus, ce qui exige un temps variable avec la température, la nature, les qualités de l'huile, son ancienneté. Et quand le médicament est préparé, nul ne saurait dire quelle est la dose exacte de phosphore qu'il renferme : c'est donc un médicament mal formulé, et d'autant plus mal, qu'ordinairement peu employé et ne se trouvant pas préparé dans toutes les officines, on s'expose à en faire usage avant que l'excédant de phosphore soit déposé.

Ce n'est pas le seul inconvénient du procédé du Codex ; quand on dissout du phosphore dans l'huile d'amandes douces ordinaire, il y a une action manifeste du phosphore sur les éléments organiques (albumine, résines...) tenus en dissolution dans l'huile naturelle. Il se fait des dépôts jaunes qui deviennent rougeâtres à la lumière ; ces dépôts augmentent avec le temps, entraînant une

partie du phosphore; la décantation exacte du produit limpide n'est pas toujours facile, la filtration impossible à cause de l'altération inévitable, aussi le médicament est-il vicié dans son dosage.

Pour obtenir une huile phosphorée absolument limpide et inaltérable, voici ce que je conseille de faire, et ce que je fais depuis plusieurs années à l'hôpital Necker.

L'huile d'amandes douces bien limpide est chauffée dans une capsule de porcelaine pendant un quart d'heure environ à une température de 150 degrés, puis pendant dix minutes environ à une température de 200 à 250 degrés. Il se dégage d'abord de la vapeur d'eau, et certaines matières organiques facilement altérables se détruisent ou se volatilisent, en même temps que l'huile se décolore presque complétement.

L'huile surchauffée donne à la longue un très-léger dépôt. Quand on a besoin de cette huile immédiatement, il n'est pas nécessaire d'attendre que le repos lui rende une limpidité parfaite; on se contente de la filtrer.

Pour la transformer en huile phosphorée, remplissez-en aux 9/10 un flacon à l'émeri bien sec, ajoutez un fragment de phosphore d'un poids cent fois moindre, c'est-à-dire autant de centigrammes de phosphore qu'il y a de grammes d'huile. Ayez soin de prendre du phosphore bien transparent, exempt de phosphore rouge et de phosphore blanc. Cela fait, placez le flacon dans un bain-marie, débouchez-le deux ou trois fois pour donner issue à l'air, sans l'agiter aucunement; enfin, quand sa température se sera élevée à 80 ou 90 degrés, fermez le flacon pour ne plus jamais l'ouvrir, agitez-le vivement et à plusieurs reprises, jusqu'à dissolution complète. La dissolution est assez rapide, l'huile ne change pas d'aspect, elle est aussi limpide qu'avant de dissoudre le phosphore, elle ne donne aucun dépôt après le refroidissement.

Ce procédé diffère de celui du Codex, en ce que l'huile d'amandes a subi une température élevée qui prévient la détérioration consécutive du médicament, en ce que le rapport de la substance active à son dissolvant est déterminé et reste constant. Le Codex de 1866 fait préparer la pommade phosphorée à la dose de 1/100, réformant ainsi l'ancien Codex et avec raison, puisque une partie du phosphore restait indissoute et qu'il pouvait en résulter des accidents. Comment se fait-il qu'il ait maintenu le rapport de 2 pour 100 pour la meilleure et la plus constante des préparations du phosphore que l'on puisse administrer à l'intérieur?

Quelle est la quantité de phosphore que l'huile garde en dissolution ?

L'huile d'amandes douces, l'huile d'olive, l'huile blanche peuvent dissoudre aisément 1/80 de leur poids de phosphore, sans qu'il s'en dépose jamais le moindre cristal après le refroidissement. Quand on dissout dans l'huile d'amandes, même surchauffée, 1/70 de son poids de phosphore, on voit dès le lendemain apparaître quelques cristaux de phosphore.

Suivant Soubeiran (1), l'huile dissoudrait un décigramme de phosphore par 16 grammes, c'est-à-dire seulement 1/160 de son poids : il y a erreur de moitié. Beaucoup de formulaires indiquent une potion phosphorée où l'huile est prescrite à la dose de 8 grammes ; l'huile renfermant au moins 1 décigramme de phosphore dans 8 grammes, je regarde comme très-imprudent d'administrer d'emblée un pareil médicament.

L'huile phosphorée du Codex renferme un peu plus de 1g,20 de phosphore par 100 grammes, ou 1 centigramme et quart par gramme.

Les pharmacopées allemandes prescrivent de faire de l'huile phosphorée en dissolvant de 6 à 12 grains de phosphore dans une once d'huile d'amandes douces et de décanter après refroidissement complet. A chaque once d'huile, la pharmacopée du Schleswig-Holstein ajoute 2 gouttes d'essence de girofle, et la plupart des autres 1 à 2 scrupules de camphre. J'ai reconnu expérimentalement que le camphre n'augmentait pas sensiblement le pouvoir dissolvant de l'huile camphrée à 1/10 du Codex français.

L'huile phosphorée au centième est phosphorescente dans l'obscurité : dès qu'on ouvre le flacon qui la renferme, l'espace occupé par l'air se remplit d'une magnifique vapeur phosphorescente, et à la lumière vive on ne voit plus que les vapeurs d'acide phosphoreux sous la forme d'un nuage blanchâtre.

L'huile qui ne renferme que 2 grammes de phosphore pour 1,000 grammes d'amandes, et par conséquent 2 milligrammes par gramme, ne brille plus dans l'obscurité, l'espace vide du flacon ne se remplit plus du nuage blanchâtre d'acide phosphoreux ; je la préférerais de beaucoup pour l'usage journalier à l'huile au centième,

---

(1) Dans la cinquième édition de son *Traité de Pharmacie*, il est dit que 16 grammes dissolvent 1 centigramme, tandis que dans la deuxième édition 1 once dissout 4 grains.

qui subit une cause d'altération à chaque ouverture du flacon. Ce n'est guère qu'alors que l'huile renferme 4 grammes de phosphore par kilogramme, qu'elle commence à briller dans l'obscurité sans qu'il soit besoin de la chauffer.

L'huile phosphorée à 1/100,000 donne encore lieu à une phosphorescence manifeste quand on en étale quelques gouttes avec un tube de verre sur une plaque de fonte ou dans une capsule de platine portée à une température suffisamment élevée. Au delà de cette limite, l'huile ne brille plus dans l'obscurité, et l'acide sulfurique aidé de la chaleur ne met pas davantage en évidence la présence du phosphore.

La phosphorescence de l'huile concentrée est un signe évident de son altérabilité par l'air. Voici comment on peut l'éviter : si l'on ajoute quelques gouttes d'éther à un flacon de 100 grammes d'huile phosphorée à 1/100, on détruit instantanément sa faculté de briller dans l'obscurité ; on peut alors verser le liquide et l'agiter dans un vase à précipité sans faire apparaître la moindre lueur.

Le sulfure de carbone et l'essence de térébenthine partagent avec l'éther le pouvoir d'empêcher la phosphorescence ; les essences de thym, de romarin, de cajeput, de menthe, l'alcool, ne possèdent ce pouvoir qu'à un moindre degré ; le brome, le bromure d'éthylène, l'éther acétique, le chloroforme, les essences de camomille, de girofle, et le camphre n'agissent pas d'une façon appréciable.

L'action de l'éther se manifeste au plus haut degré dans l'expérience suivante : je verse de l'huile phosphorée à 1/100 ou même à 1/80 dans un vase à précipité, et je l'étale sur ses parois. Tout le vase est phosphorescent : en inclinant un flacon d'éther au-dessus de l'huile phosphorée de manière à laisser tomber la vapeur d'éther et non pas le liquide, la phosphorescence cesse tout à coup.

J'en conclus donc, et l'expérience le confirme, qu'en remplaçant dans l'huile phosphorée 1/25 de l'huile par le même poids d'éther, on aura un médicament également bien titré, non phosphorescent, ce qui est d'un grand avantage pour la conservation du médicament et pour les malades qu'il faut frictionner la nuit.

L'huile phosphorée à 1/500 se conserve admirablement bien à la lumière solaire directe, sans donner le moindre dépôt rougeâtre, sans perdre aucune de ses qualités : j'en ai insolé pendant des mois entiers sans qu'elle perdît de son pouvoir phosphorescent à chaud, même après l'avoir étendue de près de deux cents fois son volume d'huile non phosphorée.

Quand l'huile n'a pas été obtenue avec de l'huile préalablement surchauffée, il se fait des dépôts rouges, abondants, plus ou moins, suivant la nature et les qualités de l'huile.

L'huile à 1/100 est d'une conservation plus difficile à la lumière solaire directe : c'est pour en annihiler les effets que j'ai recommandé de chauffer l'huile à 250 degrés ; en général, une température de 175 degrés est suffisante pour assurer la conservation de l'huile à 1/500 ; mais pour rendre l'huile phosphorée à 1/100 insensible à l'action des rayons solaires, je regarde comme nécessaire l'emploi de l'huile d'amandes douces, maintenue à une température voisine de 250 degrés assez longtemps pour amener la décoloration.

En résumé, je propose, de substituer à l'huile phosphorée du Codex l'huile préparée avec de l'huile d'amandes douces surchauffée à une température de 200 à 250 degrés, d'y dissoudre un centième de son poids de phosphore pur, et, pour prévenir sa phosphorescence, de remplacer 1/20 de l'huile par le même poids d'éther pur, en ayant soin d'ajouter l'éther après le refroidissement complet de la dissolution phosphorée. Quant à l'huile phosphorée destinée à l'usage externe, on pourrait remplacer 1/20 d'huile d'amandes douces par le même poids d'essence de térébenthine.

Beurre de cacao phosphoré. — On peut facilement dissoudre dans le beurre de cacao 1/100 de son poids de phosphore ; mais si le beurre de cacao n'a pas été préalablement chauffé à 150 degrés, puis filtré, le produit qu'on obtient est jaune brun, au lieu d'être d'une blancheur parfaite. Il faut donc opérer pour le beurre de cacao phosphoré comme pour l'huile phosphorée, afin de le débarrasser des produits altérables qui nuisent à son aspect et à son titrage exact.

Le meilleur mode d'administration de l'huile et du beurre de cacao phosphorés, c'est de les mettre sous la forme de capsules.

Toutes les huiles grasses ne peuvent pas subir cette température de 250 degrés : l'huile de foie de morue brune et l'huile de chènevis paraissent s'altérer.

Toutes les huiles que l'on surchauffe ne se décolorent pas aussi facilement que l'huile d'amandes ; mais dans ce cas, si on les expose à la lumière solaire directe, la décoloration, déjà commencée, marche incomparablement plus rapidement sur l'huile déjà surchauffée que sur l'huile qui n'a pas été soumise à une haute température. L'huile de lin en est un exemple manifeste.

L'huile d'amandes douces bien pure se décolore en grande partie quand on la chauffe à 250 degrés, et si on l'insole pendant

quelques jours on peut obtenir un liquide aussi incolore que l'eau. Tous les échantillons d'huile d'amandes dont j'ai disposés n'ont pas donné d'aussi bons résultats. On trouve dans le commerce de l'huile d'amandes d'un aspect rougeâtre, que la chaleur décolore incomplétement et sur laquelle la lumière n'agit plus qu'avec une extrême lenteur. Je me disposais à en rechercher la cause, en fabriquant moi-même de l'huile, quand mon collègue M. Z. Roussin m'apprit que des études spéciales lui avait déjà fait connaître que ces huiles rouges étaient le résultat du mélange des amandes d'*amygdalus* avec celles des *prunus*, des *persica* et des amandes de divers autres arbres de la famille des rosacées.

Mais il n'est pas nécessaire d'avoir de l'huile qui se décolore bien pour que l'huile phosphorée se conserve bien, il suffit qu'elle ait été surchauffée à 250 degrés. Ce n'est pas la décoloration qui préserve l'huile, c'est la destruction de quelques éléments organiques très-altérables.

Bien que l'on ait dit que toutes les dissolutions de phosphore sont altérables par la lumière, je crois, par suite d'expériences nombreuses faites sur les huiles fixes, sur les huiles essentielles et sur divers liquides, que toutes les fois que le dissolvant n'est pas altérable par la lumière, la dissolution du phosphore reste intacte au soleil, à l'abri de l'air. Les huiles d'arachides et de sésame peuvent parfaitement remplacer l'huile d'amandes douces comme dissolvant du phosphore. Elles donnent un produit qui ne laisse rien à désirer, car elles résistent bien à la température de 250 degrés. et leur décoloration est d'autant plus facile que le commerce peut les livrer presque incolores, à des prix très-avantageux. Les résultats que j'en ai obtenus en appliquant ces huiles à la préparation de diverses autres huiles médicinales sont des plus satisfaisantes.

L'huile d'olive ne se décolore pas quand on la chauffe à une température voisine de 250 degrés, bien qu'elle donne un dépôt de matières brunâtres, indices d'un commencement de carbonisation de quelques éléments très-facilement décomposables : elle possède encore après le refroidissement la plus grande partie de sa teinte verte due à de la chlorophylle. Elle dissout 1/80 de son poids de phosphore, et le produit, quoique coloré, est d'une parfaite conservation.

Les huiles de lin, de noix, de faînes, de tournesol, ne subissent qu'une décoloration très-incomplète par une température de 250 degrés; elles donnent néanmoins un très-bon produit phosphoré.

L'huile de ricin dégage beaucoup de vapeur d'eau quand on la chauffe, elle entre même en ébullition très-vive jusqu'à 150 degrés environ. Quand on la sursature de phosphore, elle se dépouille plus lentement de son excédant de phosphore que les autres huiles : ce ne sont plus des aiguilles longues, sur lesquelles viennent se grouper angulairement d'autres aiguilles, de manière à figurer des feuilles de fougères ou des sapins, mais des petits groupements arrondis où la loupe fait aisément distinguer des cristaux fins partant d'un centre commun comme autant de rayons.

L'huile d'œillette présente, quand on la surchauffe, un phénomène qui mériterait une étude particulière. Vers 100 à 130 degrés, elle petille vivement et laisse dégager de la vapeur d'eau en abondance ; puis, la température s'élevant, elle donne quelques fumées, et une matière reste en suspension dans sa masse avec l'aspect d'un mucilage. L'huile filtrait facilement avant d'être surchauffée, elle ne filtre plus qu'avec une extrême lenteur quand elle a subi l'action de la chaleur. Il reste sur le filtre une matière abondante qui a l'aspect d'une gelée ; lavée à l'éther, elle devient presque incolore : elle ressemble alors à de la colle de poisson ramollie dans l'eau ; cette substance n'est pas azotée.

Essences qui empêchent la phosphorescence de l'huile phosphorée :

Essence de bergamotte,	Essence de moutarde,
— de citron,	— de romarin,
— de copahu,	— de térébenthine,
— de lavande,	— de thym (partie liquide).
— de macis,	

Ce sont précisément *les essences qui ne renferment point d'oxygène* dans leur composition. L'essence de térébenthine jouit au plus haut degré du pouvoir d'empêcher l'huile phosphorée à 1/100 de briller dans l'obscurité, même quand on élève la température du mélange. Le baume de Fioraventi, à cause de la térébenthine qui entre dans sa composition, possède la même propriété, et à poids égal il est presque aussi actif que les essences qui précèdent.

Essences qui n'empêchent pas la phosphorescence, ou qui ne possèdent ce pouvoir qu'à un faible degré :

Essence d'anis,	Essence de géranium,
— d'amandes amères,	— de girofle,
— de cajeput,	— de laurier-cerise,
— de camomille,	— de menthe,
— de cannelle de Ceylan.	— de Rhodes (bois de),
— de cannelle giroflée,	— de santal,
— de citronnelle,	— de sassafras,
— de fenouil,	— de verveine.

Enfin le camphre ordinaire, c'est-à-dire *les essences qui renferment de l'oxygène* dans leur composition. Ces essences agissent à peu près comme les huiles fixes; il faut en ajouter un volume à peu près égal à celui de l'huile phosphorée à 1/100 pour détruire la phosphorescence, encore celle-ci apparaît-elle dès qu'on élève la température du mélange. Elles ont d'ailleurs un pouvoir très-inégal; celles qui (essences de fenouil, de camomille, ...) renferment à l'état brut un ou plusieurs carbures d'hydrogène mêlés à des proportions variables d'une essence oxygénée, détruisent la phosphorescence à faible dose ou la laissent persister suivant les proportions du mélange.

L'alcool vinique, l'alcool méthylique, l'alcool amylique, l'éther acétique, l'acide phénique en dissolution dans l'alcool, la créosote, le bromure d'éthylène ($C^4H^4Br^2$), le chloroforme n'empêchent pas la phosphorescence.

Le cyanogène, l'acide carbonique laissent la phosphorescence subsister; les carbures d'hydrogènes gazeux, comme le gaz d'éclairage, ou liquides, comme l'essence de térébenthine, le naphte, la benzine, l'arrêtent instantanément. L'éther et le sulfure de carbone possèdent ce pouvoir au plus haut degré : il suffit que leurs vapeurs viennent au contact de l'huile pour en arrêter la phosphorescence.

De la quantité de phosphore que les différentes huiles peuvent contenir à saturation. — Les diverses huiles grasses ne dissolvent pas la même quantité de phosphore, quand on les prend sous le même poids.

Les huiles d'amandes douces, d'olive, d'œillette, de sésame et d'arachides peuvent conserver à la température ordinaire 1/80 de leur poids de phosphore. On peut même descendre à 1/78 pour les huiles d'amandes et d'arachides; mais je ne crois pas qu'il soit prudent dans la pratique de se tenir très-près des limites de saturation.

Les huiles de colza, de navette, de rabette, de lin, de faînes, de tournesol, de foie de morue brune, de pieds de bœufs, conservent 1/70 de leur poids de phosphore, même après huit jours d'exposition à la cave.

L'huile de ricin s'éloigne beaucoup de ces chiffres; il faut 105 grammes d'huile de ricin pour dissoudre 1 gramme de phosphore, soit 1/105.

Je n'ai pas observé de différences sensibles entre le pouvoir dissolvant de l'huile surchauffée et celui de l'huile non surchauffée.

Toutes ces expériences ont été faites en vases clos hermétiquement, le plus souvent dans des matras scellés à la lampe; elles ont été répétées un très-grand nombre de fois aux limites de saturation, et les vases laissés à la cave pendant huit jours pour avoir un milieu d'une température à peu près constante.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Sur l'antagonisme de l'opium et de la belladone.

Monsieur le rédacteur,

Lecteur du *Bulletin de Thérapeutique*, depuis un certain nombre d'années, j'y ai lu plusieurs observations publiées par les docteurs Paul et Georges tendant à prouver l'antagonisme qui existe entre l'opium et la belladone, mais, dernièrement, dans le numéro du 15 juillet 1868, a paru un fragment publié par le docteur Harley dans le *British medical* où ce médecin essaye de prouver non plus l'antagonisme, mais l'appui mutuel que peuvent se prêter les deux médicaments en question. J'ai l'honneur de vous adresser une observation qui m'est personnelle et qui vient à l'appui des idées des docteurs Paul et Georges sur l'antagonisme de l'opium et de la belladone; ces deux messieurs ont rapporté des cas d'empoisonnement par l'opium traités avec succès au moyen de la belladone, et l'observation que je soumets à vos lecteurs est au contraire un cas d'empoisonnement par la belladone traité avec succès au moyen de l'opium. Cette expérience inverse me semble tont à fait décisive.

Obs. *Empoisonnement par la belladone combattu avec succès par l'opium.* — Le 28 décembre dernier je fus mandé à onze heures du matin pour donner des soins à une jeune fille qui depuis une heure était sérieusement malade.

Je me trouvai vis-à-vis d'une personne d'un tempérament sanguin, âgée d'une vingtaine d'années, présentant une agitation excessive, prononçant des paroles incohérentes et paraissant en proie à des hallucinations de la vue et de l'ouïe; la peau était chaude, le pouls à 120 degrés, dur et peu développé, les pupilles excessivement dilatées, immobiles sous l'influence d'une lumière approchée vivement; pas d'anxiété, de nausées ou de vomissements; les parents ne purent me fournir d'autres renseignements que cette jeune fille, après

avoir déjeuné comme d'habitude, au lieu de prendre du café à table, avait été le prendre à la cuisine et qu'au bout de très-peu de temps elle s'était couchée en accusant de la céphalalgie et, peu à peu, était tombée dans la situation où je la trouvais.

Je ne savais trop que penser, lorsque je me rappelai que les jours précédents j'avais conseillé à la mère de la malade l'usage de cigarettes composées de feuilles de belladone destinées à combattre des attaques d'asthme essentiel; ce souvenir, l'état de la malade et par-dessus tout l'énorme dilatation des pupilles me firent venir à l'esprit un soupçon que je tentai d'éclaircir de suite; nous reconnûmes avec la mère que la malheureuse enfant avait pris une infusion d'une once de feuilles de belladone dans cinq ou six d'eau. Le pharmacien du pays consulté avait envoyé au premier moment une potion à l'ipécacuanha dont la jeune fille avait pris une cuillerée; résolu de vérifier, dans ce cas, l'antagonisme de la belladone et de l'opium, je formulai la potion suivante, à prendre par cuillerées à bouche de demi-heure en demi-heure :

Solution gommeuse........................	4 onces.
Laudanum de Sydenham.....................	1 drachme.
Sirop simple................................	1 once.

Je prescrivis en outre des sinapismes sur les extrémités; le même jour, à trois heures de l'après-midi, la malade avait pris les deux tiers de sa potion; le pouls était encore dur, fréquent, la peau chaude, mais le subdelirium avait disparu, ainsi que l'agitation et les hallucinations. La jeune fille répondait aux questions, reconnaissait ses parents, en avouant sa tentative de suicide. Il existait pourtant une vive douleur lombaire, et la dilatation pupillaire persistait.

Je recommandai d'espacer les cuillerées de la potion toutes les heures. A peine étais-je sorti de la maison, que survinrent des vomissements de matières brunes; à sept heures du soir il y avait des douleurs sourdes dans les membres, le pouls était à 110, je prescrivis la préparation suivante :

Infusion de feuilles de séné...............	1 livre et demie.
Sulfate de magnésie.......................	2 onces.
Nitrate de potasse........................	3 scrupules.

Pour deux lavements à prendre à une heure d'intervalle. Le lendemain il y a eu trois évacuations alvines; amélioration notable, le

pouls est à 100, la chaleur modérée, les pupilles moins dilatées, diminution de la courbature et des douleurs lombaires.

Je prescrivis :

Eau miellée................................	6 onces.
Ether sulfurique............................	2 drachmes.
Laudanum de Sydenham......................	1/2 —
Sirop d'éther................................	1 once.

A prendre par cuillerées à bouche, d'heure en heure; le même jour, à trois heures, pouls à 96, chaleur modérée, légère céphalalgie, plus de douleur lombaire. Le jour suivant, bien-être, pouls à 80, peau normale, pupilles à peine dilatées et sensibles à l'action de la lumière. Je prescrivis une purgation au séné et au sulfate de magnésie.

L'amélioration continuant, je cessai de voir la malade qui se rétablit promptement.

Réflexions. — Cette observation paraît prouver bien clairement l'action neutralisante de l'opium sur la belladone. Au bout de deux heures cette action était manifeste ; on ne peut ici invoquer l'influence de la potion envoyée par le pharmacien, car la malade n'avait pris qu'une cuillerée à bouche de cette solution vomitive. C'est bien à l'opium qu'il faut attribuer l'action neutralisante et antagoniste puisque la jeune personne, après avoir ingéré en vingt-six heures l'énorme dose d'une drachme et demie de laudanum, n'a pas présenté la plus légère somnolence.

Au moment de finir cette lettre, je lis dans la *Revue de médecine et de chirurgie de la Nouvelle-Orléans* le récit d'un empoisonnement par l'opium dans lequel le médecin, ayant eu recours à une injection hypodermique d'un douzième de grain d'atropine, a vu se manifester presque immédiatement les effets habituels à cet alcaloïde.

Il ne m'appartient pas de décider cette question de l'antagonisme de l'opium et de la belladone ; que d'autres se prononcent en faveur du docteur Harley sur le mutuel appui que se prêtent l'opium et la belladone, ou bien des docteurs Paul et Georges pour l'antagonisme de ces deux substances. Le point le plus important de la question est de montrer que nous possédons le pouvoir de neutraliser ces deux poisons l'un par l'autre, ce qui est une conquête thérapeutique énorme.

Dr Baldomèro Sinio.

BIBLIOGRAPHIE.

Le choléra, étiologie et prophylaxie, origine, endémicité, transmissibilité, propagation, mesures d'hygiène, mesures de quarantaine et mesures spéciales à prendre en Orient, pour prévenir de nouvelles invasions de choléra en Europe; exposé des travaux de la conférence sanitaire internationale de Constantinople, mis en ordre et précédé d'une introduction par A. Fauvel, délégué du gouvernement français à la conférence, médecin ordinaire de l'Empereur, médecin de l'Hôtel-Dieu, inspecteur général des services sanitaires, membre du comité consultatif d'hygiène publique, membre du comité d'hygiène et du service médical des hôpitaux, officier de la Légion d'honneur, grand officier de l'ordre de Medjidié, commandeur de l'ordre de la Conception du Portugal; avec une carte coloriée indiquant la marche du choléra en 1865.

Tout le monde sait que c'est sur l'initiative du gouvernement français qu'une conférence internationale, composée d'agents diplomatiques et de médecins, se réunit en 1866 à Constantinople, en vue d'étudier les questions qui se posèrent de toutes parts sur le choléra, en présence de la dernière épidémie, et d'en préparer la solution. Le long séjour que notre distingué confrère, M. le docteur Fauvel, avait fait en Orient, la direction de ses travaux, où s'étaient révélées tout à la fois la ténacité et la sagacité d'un observateur hors ligne, le désignèrent naturellement au choix du gouvernement pour y représenter médicalement la France. D'un autre côté, par un choix qui n'honore pas moins l'inspecteur général des services sanitaires, c'est à lui que la conférence confia la tâche délicate de résumer les travaux des diverses commissions entre lesquelles se partagea la conférence pour accomplir son œuvre laborieuse; nul, par conséquent, n'était plus apte que M. Fauvel à rédiger le travail dont nous allons parler, et dont le titre indique, tout d'abord, en un *argument* succinct les questions principales qu'il s'agissait d'élucider.

Le livre de notre savant confrère s'ouvre par une introduction, où l'amour désintéressé de la vérité se marque à chaque page, et où, en même temps, se trahit çà et là aux yeux des connaisseurs une certaine complaisance pour les solutions préméditées.

Dans une première partie, où l'auteur fait connaître la composition et la constitution de la conférence, nous remarquons avec orgueil que c'est encore à l'initiative de la France, par la voie de ses représentants officiels, MM. Lallemand et Fauvel, que sont

dues les premières tentatives sérieuses faites sur une aussi large échelle pour prévenir la diffusion possible en Égypte et en Europe de l'agent, quel qu'il soit, du choléra, par la voie des pèlerins de la Mecque. Cette première partie du livre du médecin de l'Hôtel-Dieu, terminée par l'exposé du programme des travaux de la conférence, M. Fauvel aborde les questions capitales de l'étiologie du choléra, et s'efforce d'établir que, hormis quelques cas exceptionnels, où des germes de la maladie peuvent se réveiller en notre Europe sous des conditions encore indéterminées, le choléra est constamment importé de son lieu d'origine, et se transmet par la voie des hommes et d'un certain nombre d'objets qui peuvent s'imprégner du miasme cholérigène. En parlant naguère, ici même, de l'ouvrage de M. Griesinger sur les maladies infectieuses, nous rappelions que ce savant éminent, tout en acceptant comme un point de départ qui s'impose aux esprits non prévenus les faits qui tendent à établir la contagion du choléra, ne laisse pas cependant de se préoccuper des faits négatifs qui y contredisent, et appelle des recherches nouvelles sur ce dernier ordre de faits. Nous aurions désiré, qu'à l'exemple de l'éminent professeur de la Faculté de médecine de Berlin, M. Fauvel eût fait, lui aussi, quelques réserves sur ce point. Un contagionniste décidé le remarquait aussi dernièrement quelque part; il est étrange que depuis la dernière grande épidémie du choléra, dont personne n'a perdu le souvenir, des cas nettement tranchés de cette maladie se soient développés çà et là, et surtout dans les hôpitaux de Paris, sans qu'on ait pu saisir aucune trace de transmission. Ce sont là des cas de choléra stérile, a-t-on dit : le mot est bon, mais s'il veut dire autre chose que *cholera nostras*, ainsi qu'on serait porté à le supposer quand il échappe à certaines plumes, il demanderait tout au moins à être expliqué. Quoi qu'il en soit à cet égard, il est évident que quand une réunion aussi importante que la conférence internationale de Constantinople conclut, à l'unanimité, à la transmissibilité du choléra, c'est là un témoignage dont la portée ne saurait être méconnue, et dont ceux-là même qui restent convaincus que l'épidémicité réclame sa part dans l'extension du mal, ne peuvent point ne pas être frappés.

La troisième partie de l'introduction du livre de M. Fauvel, dont nous nous occupons en ce moment, et qui, d'ailleurs, résume d'une manière si remarquable tous les travaux de la conférence de Constantinople, traite d'une question plus importante encore, si on peut

le dire, que celle de l'étiologie, la question de la prophylaxie. Contagionniste absolu, et ne voyant que l'infection là où un petit nombre de médecins, à cette heure de la science, s'obstinent encore à voir de l'épidémicité, M. Fauvel, il est à peine besoin de le dire, conclut nettement à la prophylaxie, qui a pour but de mettre les populations saines à l'abri du contact des populations ou des individus contaminés. Sur ce point, la conférence n'a pas montré l'unanimité avec laquelle elle a résolu la question de la contagion ; quelqu'illogique que paraisse ce résultat, on s'en étonnera moins si l'on réfléchit que les dissidents se comptent surtout parmi ceux que l'obstacle quarantenaire trouble surtout dans leurs intérêts. C'est ici encore que se pose une question dont le rapport avec celle qui précède est facile à saisir, nous voulons parler du temps d'incubation et de la portée qu'acquiert à ce point de vue la signification à donner à la diarrhée dite *prémonitoire du choléra*. Il faut lire toute cette discussion, non pas seulement dans le résumé qu'en fait notre judicieux confrère dans sa savante introduction, mais encore dans les documents spéciaux qui la reproduisent, en partie au moins. C'est encore ici que se pose le problème de l'immunité non-seulement d'un grand nombre d'individus au milieu d'une épidémie cholérique, mais même de certains groupes de populations que la maladie traverse sans les toucher, ou mieux encore, que la maladie touche sans les contaminer.

Il y a bien d'autres questions agitées dans l'important travail de notre très-distingué confrère, travail que nous n'hésiterons même pas à mettre en tête de tous ceux qui ont trait à la maladie de l'Inde, mais nous ne saurions les indiquer toutes, ni surtout en parler comme elles mériteraient qu'on le fit. Parmi ces questions, il en est une cependant sur laquelle nous appellerons encore d'une manière particulière l'attention des lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique*, c'est celle qui a pour but de déterminer la genèse du choléra dans le lieu même où il naît évidemment, l'Inde. Il y a là une foule d'informations fournies par un médecin anglais, qui a longtemps habité ce pays, et qui nous semblent appelées à rectifier un certain nombre d'enseignements erronés qui ont trouvé parmi nous un crédit d'autant plus facile, qu'ils mettaient en défaut notre éternelle rivale, l'Angleterre. Nous nous arrêtons ici ; quelle que soit la solution que réserve l'avenir aux questions mêmes que ce livre extrêmement intéressant laisse encore indécises, il restera dans la science parce que les problèmes qui n'y sont pas

encore résolus y sont nettement posés, et qu'à force de bonne foi, de sagacité intelligente, l'auteur en laisse entrevoir la solution complète dans un avenir peu éloigné.

***Bibliothèque des sciences naturelles : anatomie microscopique des éléments anatomiques, des épithélium (anatomie et physiologie comparées), par* Robin, membre de l'Institut, professeur de la Faculté de médecine de Paris.**

Plusieurs ont reproché à notre savant micrographe de manquer de clarté et de précision dans des questions qui appellent le plus impérieusement l'une et l'autre. Il y a du vrai dans cette critique, mais tout n'y est pas vrai. Dans la direction difficile où s'est engagé M. le professeur Robin, et où il continue de marcher malgré les pierres d'achoppement qui s'y rencontrent à chaque pas, et qu'il ne suffit pas de nier pour les faire disparaître, dans cette direction, disons-nous, l'esprit doit embrasser tant de choses diverses et qui ne diffèrent que par les nuances les plus fugitives, que la langue graphique la plus féconde et la plus riche a peine à les atteindre et à les exprimer ; si nous ajoutons que, pour la plupart d'entre nous, il s'agit ici d'un monde tout nouveau, dont nous avons à peine entrevu quelques détails, et qu'il est impossible de concevoir sans les données de l'observation empirique, on comprendra que l'obscurité dont on se plaint ne saurait sans injustice être mise entièrement à la charge du photographe du monde microscopique vivant. Dans tous les cas, le travail dont il est question en ce moment échappe certainement en grande partie au reproche qui a pu, non sans quelque raison, être adressé à quelques-uns des travaux de l'auteur, au dictionnaire de Nysten, par exemple, qu'il a refait radicalement avec la collaboration de M. Littré. Ce qui jette sur cet important fragment de la *Bibliothèque des sciences naturelles* une lumière qui manque quelquefois aux élucubrations les plus patientes de notre illustre confrère, c'est que l'anatomie et la physiologie y marchent de front, et y satisfont dans une certaine mesure à un des besoins les plus impérieux de l'esprit humain ; nous maintenons, et nous nous plaisons à accentuer le plus énergiquement possible cette dernière restriction, car c'est là qu'est le point culminant des questions capitales qui se posent à propos de la vie, et au biologiste qui rejette comme entachée d'ontologisme l'irritabilité de la cellule, de la fibre ou du tube vivants, que Virchow lui-même s'est vu forcé de poser à côté du mécanisme des actes vitaux,

nous aurions mille et une objections à faire que le microscope ne résoudra jamais.

« Je considère, dit quelque part M. Cl. Bernard, que l'œuf représente une sorte de formule organique qui résume les conditions évolutives d'un être déterminé par cela même qu'il en procède. L'œuf n'est œuf que parce qu'il possède une virtualité qui lui a été donnée par une ou plusieurs évolutions antérieures dont il garde en quelque sorte le souvenir. C'est cette distinction originaire, qui n'est qu'un atavisme plus ou moins prononcé, que je regarde comme ne pouvant jamais se manifester spontanément; il faut nécessairement une influence héréditaire. Je ne concevrais pas qu'une cellule formée spontanément et sans parenté pût avoir une évolution, puisqu'elle n'aurait pas eu d'état antérieur. » Sous la forme d'*état antérieur et ultérieur*, consacrée par M. Chevreul, voilà la finalité réinstallée dans la science de la vie : ce principe n'exclut pas le mécanisme sur lequel M. Robin a jeté de si vives lumières : il le dirige et seul il rend la vie possible, la vie, virtualité continue, qui passe de l'œuf dans l'organisme formé pour en maintenir le type au milieu des changements incessants de la rénovation moléculaire de la nutrition.

Cette conception, bien que M. Robin s'applique à la rejeter à chaque page de son livre comme entachée d'ontologisme, cette conception, disons-nous, naît d'elle-même dans l'esprit du lecteur par le fait de la nécessité logique d'un lien de solidarité, d'unité entre tant d'actes divers, simultanés et successifs, comme l'assimilation et la désassimilation, les sécrétions, etc. Quelque fermé que soit en ce moment l'esprit de l'illustre observateur à cette donnée extrachimique, il y viendra, soyez-en sûr, et ce jour-là, quoi qu'il en pense aujourd'hui, il aura fait un grand pas dans la véritable conception de la vie.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Résultats définitifs obtenus dans quatre cas de résection du genou (1). — La question de la valeur comparative de l'amputation et de la résection en général, et particulièrement de ces opé-

(1) Extrait du *Medical Times and Gazette*, 5 décembre 1868.

rations appliquées au traitement des affections chroniques des grandes articulations, de celle du genou surtout, est certainement une des plus intéressantes qu'ait à étudier la chirurgie moderne. Diverses choses sont à bien connaître pour être à même de juger cette question en connaissance de cause; et parmi ces choses, une des premières, sans contredit, c'est le résultat définitif que la résection est susceptible de donner, c'est le degré d'utilité dont peut être le membre inférieur après la résection du genou. M. Henry Smith, chirurgien adjoint à l'hôpital de King's College, à qui nous avons déjà emprunté un fait qui se rapporte à ce point particulier de la question (t. LXII, p. 523), nous fournit aujourd'hui l'occasion d'en mettre quatre nouveaux sous les yeux de nos lecteurs.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme maintenant âgé de trente ans, jouissant d'une santé parfaite, qui étant venu se présenter à l'hôpital de King's College le 7 novembre dernier, a été reconnu comme ayant été opéré, il y a douze ans, par M. Fergusson pour une altération strumeuse de la membrane synoviale du genou avec altération des cartilages. L'examen de l'état actuel permet de constater les conditions suivantes. Le membre est parfaitement droit, bien développé; le mollet est à peu de chose près aussi volumineux que celui du côté opposé; il y a, au niveau du genou, une réunion osseuse solide, et le raccourcissement est si peu considérable qu'il est à peine appréciable. L'agilité de cet homme est vraiment extraordinaire, et, comme preuve, il a apporté avec lui à l'hôpital une belle crosse qui lui a été donnée en prix pour sa supériorité au jeu de cricket.

Le second cas est celui d'un jeune homme de vingt-trois ans qui, ayant subi la résection du genou, faite par M. H. Smith lui-même en août 1867, pour une maladie du genou datant de plusieurs années, laquelle avait amené la déformation, l'atrophie et l'inutilité du membre, fut présenté en octobre suivant à la Société médicale de Londres. A cette époque la réunion n'était pas encore solide et les mouvements étaient difficiles, et quelqu'un exprima l'opinion que suivant toute probabilité l'opéré aurait plus à se plaindre qu'à se louer de son membre, et qu'il arriverait lui-même à en réclamer le sacrifice. Malgré ce fâcheux pronostic, cet individu est venu à l'hôpital en octobre dernier (1868), c'est-à-dire quatorze mois après l'opération, se faire voir à M. Smith, qui a pu constater l'état suivant : Santé générale excellente; réunion osseuse solide; rectitude parfaite du membre, qui est bien développé, mais un peu plus court que

l'autre, d'un pouce et demi environ seulement. Ce jeune homme peut aller et venir avec la plus grande aisance et beaucoup d'agilité en se servant d'une canne, et il se déclare on ne peut plus satisfait du résultat.

Dans le troisième cas, il s'agit encore d'un opéré de M. Smith, garçon de douze ans, qui a subi la résection en mai 1867. Cette observation emprunte un intérêt particulier à cette circonstance, que ce jeune garçon, admis d'abord dans un des plus grands hôpitaux de Londres, y avait reçu les soins d'un chirurgien aux yeux duquel la résection du genou n'est pas en faveur, et qui proclame énergiquement le pouvoir des forces de la nature pour amener la guérison dans ces sortes d'affections. Ce chirurgien dirigea d'abord le traitement conformément à cette manière de voir, jusqu'à ce que, à bout de patience, il finit par en arriver à proposer l'amputation de la cuisse. Ce fut alors que le jeune malade fut placé dans le service de M. Smith, qui reconnut qu'en effet l'intervention chirurgicale était nécessaire, mais en même temps que jamais cas n'avait présenté des conditions plus favorables pour la résection. L'opération fut pratiquée à la date ci-dessus indiquée, et il ne fut nécessaire d'enlever qu'une très-courte portion à l'extrémité articulaire de chaque os. A l'époque où le jeune malade quitta l'hôpital, il n'y avait encore qu'une réunion fibreuse. Mais il est venu dernièrement faire une visite à M. Smith, qui l'a présenté à la Société médicale de Londres, dans sa séance du 10 novembre 1868. On a reconnu que ce jeune homme était dans un état de santé excellent, qu'il était devenu fort et robuste, et qu'il pouvait marcher avec aisance et rapidité sans le secours d'aucun support. A première vue, le membre paraît aussi long que l'autre, mais en réalité il est plus court d'un pouce; il n'est pas parfaitement droit, mais légèrement incurvé en dehors; cicatrice osseuse parfaitement solide; membre généralement bien développé.

Quatrième observation : Jeune fille de quatorze ans, opérée également par M. Smith, immédiatement avant Noël 1867, pour une grave altération de l'articulation qui avait déterminé le dépérissement et la déformation du membre. Il fallut enlever une plus grande épaisseur d'os qu'on ne le fait dans les cas ordinaires, afin d'obtenir des surfaces susceptibles d'être rapprochées dans de meilleures conditions. La santé générale était dans un état misérable, et le membre avait été condamné à être amputé par un chirurgien, qui est maintenant à la fois étonné et satisfait de la situation actuelle.

Cette situation, en effet, peut être caractérisée ainsi : Santé meilleure ; marche facile sans aucune assistance ; membre bien développé, un peu incurvé en dehors ; réunion osseuse solide ; jambe plus courte d'un pouce et quart que celle du côté opposé.

Des résultats de ces quatre cas il ressort une conclusion, c'est que dans chacun le malade a été rendu à la santé et qu'il a pu conserver un membre capable de service ; or ce sont ces deux objets qu'a en vue le chirurgien dans l'exécution de la résection. Dans aucun de ces cas, du moins dans ceux qui ont été opérés par M. Smith, la guérison n'était possible sans opération, ainsi que l'a démontré l'examen des parties réséquées, et l'on a vu que dans deux l'amputation de la cuisse avait été conseillée.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

De l'emploi du bromure de potassium contre les vomissements provoqués par la toux chez les phthisiques. Sous ce titre, M. Bondet a lu à la Société des sciences médicales de Lyon un travail dans lequel l'auteur, après avoir spécifié la nature et la pathogénie des vomissements réflexes des phthisiques, conseille de leur opposer le bromure de potassium à la dose de 1 à 2 grammes ; il cite à l'appui de son dire un certain nombre de cas où la toux quinteuse et les vomissements ont rapidement cédé à ce moyen après avoir résisté aux opiacés et aux narcotiques divers ; ces succès sembleraient confirmer l'opinion de ceux qui voient dans le bromure de potassium un sédatif du pouvoir réflexe de la moelle.

Le rapport favorable présenté sur ce travail a soulevé une discussion à laquelle MM. Rambaud, Girin, Teissier, Valette, Lavirote ont pris part et dans laquelle les heureux effets du bromure de potassium ont été mis en évidence non-seulement dans la toux quinteuse et les vomissements réflexes, mais encore contre plusieurs névroses. M. Rambaud a cité un cas de contractures générales et douloureuses dans lequel ce médicament a amené promptement la sédation puis l'entière disparition des accidents ; M. Teissier a cité des exemples d'hystérie et d'épilepsie notablement améliorées par le bromure de potassium.

Comment agit cette substance ? M. Teissier et M. Girin pensent que son action s'adresse au système nerveux ; mais qu'elle est cette action ? Est-ce une action sédative du pouvoir réflexe comme sembleraient l'indiquer les expériences de M. Laborde ? M. Rambaud ne serait pas éloigné de le penser, mais il n'ose actuellement l'affirmer d'une manière positive.

M. Valette a rappelé que de simples attouchements pratiqués sur l'arrière-bouche avec le médicament avait suffi à produire l'effet voulu, ce qui prouverait au moins que le bromure de potassium a une action locale, sans préjudice de l'action générale qu'il peut avoir sur le système nerveux. (*Journal de médecine de Lyon.*)

Tétanos traité par le sulfate de quinine à haute dose ; guérison. L'action sédative que la quinine exerce sur le système nerveux était de nature à faire naître l'idée d'administrer cette substance dans le traitement du tétanos. Nous ne connaissons toutefois qu'un seul cas où cette médication ait été employée ; elle le fut avec succès. A ce

fait, que nous avons enregistré dans notre tome XXXVII, nous en ajoutons un second aujourd'hui, également terminé d'une manière favorable.

Homme, âgé de vingt-huit ans, employé au télégraphe, entré à l'hôpital Saint-Mary, le 4 mars 1868, dans le service de M. Haynes Walton. Cet homme était atteint de graves brûlures aux deux cuisses, aux deux mains et au bras droit, par suite de l'explosion d'une lampe alimentée avec l'huile de naphthe. Grâce à des pansements appropriés et faits avec soin, grâce à un régime réparateur, soutenu de médicaments toniques pour combattre les effets débilitants d'une abondante suppuration, tout alla bien d'abord. Mais le douzième jour, le malade accusa une certaine difficulté d'ouvrir la bouche ; on administra immédiatement 5 grains de calomel. Les jours suivants, la roideur des mâchoires se prononça davantage, et il s'y joignit de la rigidité des muscles cervicaux, mais sans qu'il se manifestât aucun symptôme analogue dans le reste du corps. Prescription : 30 grains de sulfate de quinine, à prendre en trois doses dans la journée; vin de Porto, eau-de-vie ; le soir, 20 gouttes de laudanum. Les dix jours qui s'écoulèrent du 17 au 26 mars, l'état du malade resta le même, ou plutôt prit une plus grande intensité : vives douleurs, spasmes violents, insomnies, pouls faible, variant de 108 à 120 pulsations ; pendant tout ce temps le sulfate de quinine fut continué. Le 27 mars, onzième jour du début des accidents tétaniques, la situation commença à s'améliorer : les mâchoires purent être un peu écartées l'une de l'autre, les convulsions perdirent de leur violence, et le 31 elles n'existaient plus qu'à un faible degré. Le 15 avril, le malade se levait et se promenait dans les salles, et il aurait dès lors pu être renvoyé de l'hôpital si un érysipèle n'était venu retarder sa sortie. Il est bon de remarquer qu'à aucun moment il ne se produisit aucun signe de quinisme. (*Med. Times and Gaz.*, 14 nov. 1868.)

Calculs vésicaux chez une femme ; extraction au moyen de la dilatation rapide de l'urèthre. Aux faits que nous avons déjà rapportés en faveur de cette méthode opératoire, nous ajoutons le suivant, emprunté comme les précédents à la chirurgie anglaise.

Elisabeth D***, âgée de cinquante-sept ans, est admise, le 26 août dernier, à l'hôpital de Guy, service de M. Poland. Elle est atteinte de prolapsus utérin, et se plaint d'avoir éprouvé plusieurs fois, depuis dix ans, des douleurs dans la vessie et une difficulté d'uriner plus ou moins grande et plus ou moins fréquente ; quelque temps avant de venir à l'hôpital, elle a souvent rendu des urines sédimenteuses et quelques petits graviers.

Au moment de l'entrée, cette pauvre femme, très-amaigrie, offrait l'aspect de la souffrance ; et, en effet, elle éprouvait de vives douleurs, qui prenaient un caractère de plus en plus violent jusqu'au moment où elle parvenait à rendre goutte à goutte une petite quantité d'urine, ce qui arrivait environ toutes les heures. Après avoir chloroformé la malade et réduit l'utérus qui dépassait la vulve de deux pouces, M. Poland procéda à un examen attentif à l'aide du toucher vaginal, lequel lui permit de constater l'existence de plusieurs calculs dans la vessie, et notamment d'un plus volumineux qui lui parut enchatonné à la paroi antérieure de l'organe.

Le 31 août, après avoir administré le chloroforme, le chirurgien, au moyen de l'instrument de Weiss, dilata rapidement l'urèthre au degré suffisant pour permettre l'introduction du pouce d'un homme adulte. Il put ainsi, à l'aide d'une pince, retirer huit calculs de grosseurs différentes, depuis celle d'un pois jusqu'à celle d'une noisette. Quant à la pierre plus volumineuse, dont il avait reconnu la présence, elle était en effet adhérente ; il parvint néanmoins, non sans quelque peine, à la détacher avec le doigt porté jusque dans la cavité vésicale à travers le canal dilaté, puis à l'extraire au moyen de tenettes. Après cette opération, on administra un lavement avec l'amidon et le laudanum, et la malade fut tenue quelque temps, à un degré modéré, sous l'influence de l'opium. Il n'y eut à la suite aucun symptôme fâcheux ; le sommeil et l'appétit revinrent. D'abord l'urine coula, en bavant, d'une manière continue; mais peu à peu l'urèthre revint sur lui même et recouvra sa contractilité, de telle sorte qu'au bout de trois semaines l'opérée pouvait garder ses urines pendant deux heures sans aucun inconvénient. Elle quitta l'hôpital peu de temps

après, débarrassée de ses souffrances, bien portante et ayant repris de la santé et de l'embonpoint. (*Med. Times and Gaz.*, 21 nov. 1868.)

Exemple remarquable de tolérance du laudanum. Nous signalions, dans notre avant-dernier fascicule, un exemple de susceptibilité excessive à l'action des opiacés; en voici un tout opposé que nous empruntons à M. Bardinet, qui l'a communiqué à la Société de médecine et de pharmacie de la Haute-Vienne.

Je donne en ce moment des soins, a dit l'éminent directeur de l'École de Limoges, à une jeune femme qui a été traitée par les médecins les plus célèbres du Paris, qui a suivi sous leur direction les traitements les plus variés, les plus énergiques, et qui, soit dit sans malice, ne s'en porte pas mieux.

Indépendamment d'accidents spéciaux que je n'ai pas à décrire, elle éprouve la plupart des effets compris sous la dénomination un peu élastique, mais bien commode, de *nervosisme*.

Or, contre toutes ses douleurs elle ne reconnaît, après une suite infinie d'essais, qu'un remède, le laudanum, et le laudanum pris en lavement; mais elle le prend à doses véritablement effrayantes. Elle ne fait, sous ce rapport, que confirmer le fait bien connu de la tolérance, on pourrait dire illimitée, qu'un usage prolongé détermine pour l'opium chez certaines personnes; mais elle le confirme d'une manière qui mérite d'être citée.

En temps calme, elle prend chaque jour trois ou quatre petits lavements d'un demi-verre, avec addition dans chacun d'eux de 50 gouttes de laudanum. A l'aide de ce moyen, elle éprouve du calme, du bien-être, et peut se livrer, je ne dirai pas à un travail véritable, mais à quelques petites occupations d'intérieur. Si elle veut s'en dispenser, elle est immédiatement prise de malaises, de spasmes, de douleurs, de contractions musculaires. Pour peu que la scène menace de devenir orageuse, au lieu de trois ou quatre lavements à 50 gouttes, il en est pris le double. Enfin, à l'époque menstruelle, les lavements laudanisés sont répétés si fréquemment qu'ils tournent presque à l'irrigation continue.

Quelquefois on pratique sur certains points de la peau, plus particulièrement douloureux, des frictions laudanisées; mais la proportion de laudanum employée de cette manière est toujours relativement très-peu considérable.

D'après les affirmations de cette dame et de son mari, 125 grammes de laudanum forment la consommation habituelle de quinze jours, trois semaines au plus. Ces doses, si considérables, déterminent un apaisement manifeste et presque immédiat, et, chose remarquable, sans produire de narcotisme, même à un léger degré, sans entraîner de constipation anormale. (*Bull. de la Soc. de méd. et de pharm. de la Haute-Vienne*, 1868.)

De l'emploi du chlorure de potassium comme succédané du bromure de potassium; chlorure de potassium. Les expériences physiologiques connues, qui ont fait attribuer au potassium l'action exercée sur les nerfs par son bromure, ont engagé le docteur Lander à rechercher l'effet de ses autres composés dans l'épilepsie. Mais il ne pouvait être question que du chlorure, puisqu'on ne peut prévoir ici l'action thérapeutique des autres sels définis du potassium, et que, d'ailleurs, pour faire ingérer une quantité correspondante de cette base, il faudrait recourir à des doses trop élevées. En fait, le chlorure a produit, chez les épileptiques, les mêmes effets que le bromure, et il n'est pas arrivé jusqu'ici de rencontrer un cas où, le chlorure restant inefficace, le bromure ait eu postérieurement plus de succès. Mais le chlorure a des avantages particuliers.

Il n'a pas d'effets secondaires fâcheux; de nombreux malades l'ont pris pendant des mois, à la dose de 5 à 7gr,5 par jour, sans jamais en ressentir d'inconvénient sensible.

Comme l'indique le rapport des poids atomiques (2 : 3), il suffit de plus petites doses de chlorure, pour administrer la même quantité de potassium que si l'on emploie le bromure.

Il est beaucoup moins cher que le bromure (1 : 6), considération essentielle pour les asiles qui renferment un grand nombre d'épileptiques.

Dans ces conditions, et puisqu'on peut se demander si le bromure de potassium qui rencontre dans l'estomac de l'acide chlorhydrique libre et de nombreux chlorures, est absorbé en nature, l'auteur croit pouvoir recom-

mander le chlorure de potassium pour les expériences ultérieures.

Quant aux inconvénients du bromure, il faut surtout citer la production d'un exanthème, qui s'est montré de bonne heure, sur presque tous les malades. Il consiste en pustules acnéiformes, apparaissant, d'abord à la face, puis sur le reste du corps et devenant souvent si incommodes, qu'il fallait suspendre la médication. (*Mouvement médical.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Anévrisme spontané de l'artère poplitée chez un sujet diabétique; insuccès de la compression mécanique; guérison par la flexion forcée. Sous ce titre, M. le professeur Verneuil a lu à l'Académie un travail dont voici les conclusions :

1° La coïncidence de la glycosurie avec les anévrismes spontanés n'a pas encore été signalée ; elle mérite pourtant la plus sérieuse attention, car elle influe singulièrement sur le choix de la méthode curative et soulève en outre des questions nouvelles sur l'étiologie des anévrismes, sur la composition et les propriétés du sang chez les diabétiques.

2° Elle contre-indique d'une manière à peu près absolue la ligature et rend également la compression mécanique très-difficile en prédisposant à la formation d'eschares sous les pelotes de l'appareil.

3° Malgré son mélange avec la glycose, le sang paraît conserver ses propriétés plastiques, ou, en d'autres termes, l'aptitude à déposer dans le sac des couches fibrineuses ou caillots actifs.

4° Le régime antidiabétique, bien différent de celui prescrit d'ordinaire pendant la cure mécanique des anévrismes, ne paraît pas détruire cette aptitude. Il semble donc prudent de l'instituer quand l'état général le commande et de continuer même après la disparition apparente ou réelle de la glycose.

5° En cas d'anévrisme poplité, la flexion forcée de la jambe sur la cuisse est une méthode très-sérieuse et qu'il convient d'expérimenter de nouveau. Elle est innocente, d'un emploi commode, peu onéreuse, puisqu'elle n'exige ni appareils coûteux, ni aides nombreux; elle nécessite de la part du patient un peu d'intelligence et de ténacité ; de la part du chirurgien une surveillance à exercer.

6° Dans quelques cas elle a donné aux chirurgiens anglais des succès très-rapides; mais alors même que les premiers essais seraient infructueux, elle peut réussir à la longue employée par séances courtes et largement espacées.

7° Son efficacité dépend sans doute de certaines conditions encore peu étudiées, telles que la position et les dimensions de la fistule vasculaire, les rapports, les dimensions, la consistance du sac, etc.; dans le cas présent, elle a fonctionné probablement comme la compression indirecte.

8° L'attitude vicieuse prolongée imposée à l'articulation du genou n'a présenté aucun inconvénient sérieux ; la roideur articulaire a disparu progressivement, et l'article a repris toute l'ampleur de ses mouvements.

9° La cure, j'en conviens, a exigé un temps fort long ; mais il faut reconnaître que, sans la flexion, elle eût peut-être été impossible et, sans contredit, plus pénible et plus dangereuse.

10° Sans doute l'attitude a dû appeler à son secours d'autres moyens accessoires, la compression directe et indirecte, mais elle a fait les principaux frais de guérison.

La seule conclusion à tirer, c'est que dans les cas épineux de la clinique, le praticien, loin de s'en tenir obstinément à un seul moyen, doit réunir, combiner et concentrer toutes les ressources que la science met entre ses mains. (*Acad. de méd., séance du* 27 *oct.* 1868.)

Procédés pour l'évacuation des collections liquides. M. Verneuil entretenait naguère la Société de chirurgie d'un procédé qu'il a imaginé pour l'évacuation de certaines collections liquides. Quoique ce procédé ne soit en réalité que la combinaison de procédés divers déjà connus et employés à cet effet, il n'est pas inutile d'en donner ici la description.

L'appareil instrumental se compose essentiellement : 1° d'un trocart ordinaire pour la ponction de la collection liquide ; 2° d'une sonde en caout-

chouc, analogue à un tube de drainage et munie d'un mandrin; cette sonde est introduite par la canule du trocart jusque dans la cavité liquide; on retire alors le mandrin, puis la canule, et la sonde est laissée à demeure; le liquide continue à s'écouler goutte à goutte; 3° à l'extrémité de cette sonde, on adapte une peau de baudruche humide pour empêcher l'entrée de l'air lorsque l'écoulement du liquide vient à cesser On enlève cette dernière lorsque l'on veut pratiquer une injection dans la cavité, puis on la réapplique. On laisse ainsi les choses en place aussi longtemps qu'on le juge nécessaire pour la modification des parois de la cavité normale ou l'oblitération de la cavité accidentelle.

M. Verneuil dit avoir employé cet ensemble de moyens avec succès dans une série de cas : 1° dans un cas d'empyème qu'il a traité avec M. Henri Roger et qui a parfaitement guéri; 2° dans un cas de rétention des règles par suite de l'imperforation de la membrane hymen, chez une jeune fille affectée d'abcès par congestion, suite d'un mal de Pott; 3° chez un malade atteint d'un énorme abcès du foie auquel il a donné des soins avec son collègue et ami, M. le professeur Axenfeld.

Dans tous ces cas, des injections modificatrices, chlorurées ou iodées, ont été pratiquées une ou deux fois par jour et ont eu leur bonne part dans le résultat définitif, qui a été constamment favorable. Toujours on a réussi à empêcher l'entrée de l'air dont M. Verneuil, avec tant d'autres praticiens, redoute les conséquences dangereuses. (*Société de chirurgie.*)

VARIÉTÉS.

L'Association des médecins de la Seine a tenu sa séance annuelle le dimanche, 31 janvier, dans l'amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Nélaton. Après la lecture du compte rendu par le secrétaire général Orfila, qui, comme d'habitude, a été chaleureusement applaudi, M. Nélaton en quelques mots des plus sympathiques a remercié ses confrères de l'honneur qui lui était fait en le maintenant à la présidence, et il a protesté de son dévouement aux intérêts du corps médical en général et en particulier de cette utile institution aux séances de laquelle il assiste avec une régularité dont on ne saurait trop le louer.

Voici le tableau des recettes et des dépenses pour l'exercice 1868 :

RECETTES.

Fonds de secours 25,968 35	Rente 3 pour 100	13,197 35
	Cotisations (portion du fonds de secours) et dons spéciaux	12,771 »
Fonds de réserve 37,046 05	Admissions et cotisations (portion du fonds de réserve)	6,826 »
	Dons et legs	28,829 05
	Reliquat de l'année 1867	1,391 »
	Total	63,014 40

DÉPENSES ET EMPLOI.

Secours à sept sociétaires et à vingt-cinq veuves ou enfants de sociétaires	19,240 »
Secours à vingt-quatre personnes étrangères à l'Association	4,720 »
Recouvrement des cotisations	400 »
Frais d'impression	816 45
Ports, des imprimés, timbres-poste, dépenses diverses	364 35
Achat de 1,550 francs de rente 3 pour 100	36,361 60
Total	61,902 40

BALANCE.

Recettes	63,014 40
Dépenses	61,902 40
Reste	1,112 »

La Société protectrice de l'Enfance a tenu, dimanche 31 janvier, sa quatrième séance annuelle dans le grand amphithéâtre du Conservatoire des arts et métiers.

A en juger par la foule sympathique qui remplissait entièrement cette immense salle, il paraît évident que le nombre des protecteurs de l'enfance ne fait que s'accroître d'année en année.

Pourrait-il en être autrement ?

Tous les gens de cœur comprennent qu'il ne suffit pas d'exhaler en vaines paroles sa sensibilité, mais qu'il faut agir énergiquement en faveur de tant de pauvres petits êtres, victimes de l'ignorance, de l'incurie, des mauvais traitements ou de l'immoralité de ceux, quels qu'ils soient, qui doivent en prendre soin. Et, comme des efforts isolés seraient impuissants, on se rallie à une société dont les membres, en dehors de tout parti pris, de toute préoccupation étrangère, et avec le désintéressement le plus absolu, ne peuvent et ne veulent se proposer qu'un seul but : le salut et la protection des enfants.

M. le docteur Barrier, dont le mandat présidentiel, en vertu des statuts, expire cette année, a ouvert la séance par une courte allocution, où il a remercié de leur dévouement ses collaborateurs, et où il a exprimé la plus ferme confiance pour l'avenir de la société.

Le secrétaire général, M. le docteur Alex. Mayer, a rappelé ensuite les résultats obtenus, parmi lesquels il convient de noter particulièrement les deux suivants :

Près de deux cents médecins, dans les départements qui entourent Paris, ont accepté la surveillance gratuite des nourrissons recommandés par les familles. — D'autre part, c'est en partie grâce aux efforts persévérants de la société qu'a été décidée récemment à Paris la *constatation des naissances à domicile*. Après avoir adressé une pétition au Sénat et fait des démarches multipliées près des autorités compétentes, la société avait résolu, en portant la question devant les tribunaux, de pousser jusqu'au bout sa lutte contre une routine non justifiée par la loi.

A la suite de ce compte rendu M. le docteur Dally a lu un rapport à propos du concours ouvert sur la question suivante :

De l'éducation physique et morale du premier âge.

Voici les noms des lauréats :

M. le docteur Gyoux, de Bordeaux (prix de 500 fr. et médaille).

Médailles d'argent *ex-æquo* : à MM. les docteurs Devalz, de Sainte-Foy, et Neveu-Derotrie, de l'Ile-Dieu.

Mentions honorables : à M. le docteur Siry, à Paris, et à un inconnu qui a pris pour devise : *Ne séparez pas les enfants de leurs mères.*

Lecture a été donnée ensuite du rapport de M. Schmitt au sujet des médailles d'honneur méritées par les médecins-inspecteurs qui se sont le plus distingués par le zèle et l'exactitude dans leur service. Voici leurs noms :

Médaille d'or, M. Bessières, d'Egreville (Seine-et-Marne).

Médailles d'argent, MM. Boncour (Paul), de Saint-Aignan (Loir-et-Cher) ;— Durand, de Nemours (Seine-et-Marne) ; — Marchand, de Montigny-Lencoup (Seine-et-Marne) ; — Monot, de Montsauche (Nièvre) ; — Bellencontre, de Rouen (Seine-Inférieure).

Médailles de bronze, MM. Berthault, de Sancerre (Cher) ; — Fauché, de Bourron (Seine-et-Marne) ; — Boutet, de Sully-sur-Loire (Loiret) ; — Ansaloni, de Romorantin (Loir-et-Cher) ; — Chertier, de Nogent-sur-Seine (Aube); — Brault, de Bourges (Cher) : — Massou, de Saint-Fargeau (Yonne) ; — Roché, de Pont-sur-Yonne (Yonne) ; — Mercier, de Mer (Loir-et-Cher).

Enfin M. Ch. Thirion, secrétaire des séances, après avoir raconté sommairement l'histoire des enfants en bas âge, depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, a exposé les faits qui ont désigné aux suffrages de la société les nourrices récompensées.

Deux prix *ex-æquo* ont été décernés à :

Mmes Marie Rodieu, de Champigny-sur-Marne (Seine);
Elisabeth Crapart, de la commune du Gault, arrondissement d'Epernay.

Deux mentions honorables à :

Mmes Wœhrlé, de Passy-Paris ;—Fructidor, de Gournay en Bray (Calvados).

Une simple mention à Mme Mangeant, qui a fait preuve de dévouement en élevant, au prix de mille sacrifices, jusqu'à l'âge de dix-huit ans, une petite fille dont les parents étaient trop pauvres pour s'en charger.

La séance a été terminée par le vote pour le renouvellement, par tiers, des membres du conseil.

Dans le rapport sur l'enseignement supérieur, récemment soumis à l'Empereur, il était dit que l'administration de l'instruction publique était disposée à favoriser de tout son pouvoir l'enseignement libre, et que, lorsqu'elle ne pouvait le mettre dans la Faculté même, elle l'établissait à côté ou le laissait s'organiser lui-même sous une autre autorité publique.

Ce principe s'applique en ce moment à Bordeaux, où des cours complémentaires vont s'ouvrir à l'école de médecine, à la Faculté des lettres et dans une salle prêtée par l'Administration municipale.

Neuf docteurs en médecine ont, en effet, demandé à faire des cours sur des parties accessoires de l'enseignement médical. Leurs programmes ont été soumis à l'assemblée des professeurs, qui les a approuvés. Chaque cours doit durer un semestre, à raison d'une leçon par semaine. L'école met son amphithéâtre à la disposition des professeurs libres. Les leçons porteront sur les sujets suivants :

Médecine légale. — M. Bonnal, membre de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux ;

Pathologie générale. — M. de Fleury, professeur suppléant à l'école de médecine, médecin adjoint des hôpitaux ;

Manœuvres obstétricales. — M. Donaut, membre de la Société de médecine ;

Hygiène. — G. Gyoux, médecin adjoint des hôpitaux, membre de la Société chirurgicale des hôpitaux ;

Thérapeutique. — M. Marx, membre de la Société médico-chirurgicale et de la Société de médecine ;

Chimie physiologique. — M. Métadier, chirurgien des hôpitaux, licencié ès sciences physiques ;

Physiologie des organes circulatoires et respiratoires — M. Solles, membre de la Société médico-chirurgicale et de la Société de médecine ;

Ophthalmoscopie. — M. Sons, membre des mêmes sociétés ;

Histologie, microscopie. — M. Vergely, médecin adjoint des hôpitaux.

Asile des ouvriers convalescents du Loiret. — L'Empereur a fait à Orléans l'acquisition de la propriété de Lamotte-Sanguin, pour y fonder un asile des ouvriers convalescents du Loiret à leur sortie des hospices d'Orléans. Cet acte de la munificence impériale a été accueilli par les populations avec une profonde reconnaissance.

L'Empereur a reçu du corps médical des hôpitaux d'Orléans l'adresse suivante :

« Sire,

« Le corps médical des hôpitaux de la ville d'Orléans, pénétré des avantages immenses que doivent retirer du don généreux de Votre Majesté les malades confiés à ses soins, s'empresse de déposer à vos pieds l'expression sincère et dévouée de sa profonde gratitude.

« Ce témoignage particulier de votre sollicitude pour les malheureux de notre cité, qui s'harmonise si bien avec les actes si nombreux de bienfaisance de S. M. l'Impératrice, tutrice providentielle de tous les établissements de charité de l'Empire, permettra désormais à nos convalescents, par l'action salutaire de l'air pur et vivifiant de l'asile fondé par votre libéralité, de recouvrer plus rapidement une santé si nécessaire pour eux et leurs familles.

« Nous sommes, avec le respect le plus profond, Sire, de Votre Majesté, les très-humbles et très-fidèles sujets. » — (Suivent les signatures.)

Banquet annuel de l'internat en médecine. — La commission du banquet de l'internat en médecine vient d'adresser aux anciens internes des hôpitaux de Paris la lettre suivante :

« Monsieur et cher collègue,

« Nous avons l'honneur de vous prier d'assister au banquet des internes en médecine qui aura lieu le samedi 20 février, à six heures et demie, dans les salons du grand Véfour (Palais Royal). En choisissant cette date du 20 février, les membres de la commission permanente ont voulu rapprocher le plus possible le banquet du jour commémoratif de la fondation de l'internat (25 février 1802). La publication de l'*Annuaire de l'internat*, qui paraît cette année (à la librairie Asselin, prix 2 francs) par les soins d'une commission spéciale, nous permet, en faisant connaître les générations successives d'internes, d'adresser cette année un bien plus grand nombre de lettres d'invitation et nous fait espérer que nous aurons plus de convives, c'est-à-dire plus d'amis pour prendre part à cette fête de camarades.

« Veuillez agréer, Monsieur et cher collègue, l'assurance de nos sentiments de cordiale fraternité.

« *Les membres de la commission permanente du banquet,*

MM. Denonvilliers, Bébier, Guersant, le professeur Hardy, Bouchut, Horteloup fils, Piogey, Martineau, Damaschino, Dieulafoy, Blache fils, Tillot (Émile).

« Le prix de la souscription est fixée à 15 francs, et pourra être remis à l'un de nous ou bien dans les hôpitaux, à l'interne économe de la salle de garde. »

Académie de médecine de Madrid. — Les prix Rubio.

Don Pedro Maria Rubio, de son vivant médecin de la Chambre royale, a fait avant sa mort un legs important à l'Académie de médecine de Madrid.

Voici d'ailleurs, textuellement reproduites, les dispositions prises par le testament touchant les diverses sortes de prix :

« 1° On remettra à l'Académie des titres de la dette espagnole consolidée intérieure 3 pour 100 en quantité suffisante pour constituer une rente annuelle de 10,000 réaux.

« 2° Au bout de deux ans, les rentes touchées par l'Académie s'élèveront à 20,000 réaux, somme nécessaire pour satisfaire aux dispositions suivantes.

« 3° Sur ce fonds j'institue un prix biennal de 10,000 réaux, et deux secours de 5,000 réaux.

« 4° Le prix sera décerné au médecin espagnol, auteur de l'ouvrage original le plus remarquable publié sur les sciences médicales dans les deux années précédant la distribution des prix. A défaut d'ouvrages originaux, ce prix pourra être décerné à l'inventeur espagnol d'une méthode de traitement, ou d'une médication présentant des qualités évidentes, ou d'un procédé opératoire quelconque reconnu avantageux, ou d'un appareil ou instrument médical d'une utilité généralement admise.

« 5° Les secours de 5,000 réaux chacun seront accordés à deux veuves ou filles majeures, non mariées, de deux médecins de campagne ayant, pendant plus de trois ans, exercé honorablement leur profession en Espagne, dans les villages et les bourgs les moins peuplés et avec les rétributions les plus faibles. Si à ces conditions se joignait le fait d'avoir été victime d'une maladie épidémique, ce serait là une cause de sérieuse préférence. Les personnes qui concourent pour ces secours ne doivent pas jouir de secours de veuvage (*Monte-pio* ou caisse de pensions de retraite). »

Société anatomique. — Cette société a procédé, dans sa séance du 20 janvier, au renouvellement de son bureau. Ont été nommés : vice-présidents, MM. Duguet et Legroux; secrétaire, M. R. Blache; vice-secrétaire, M. Carrière;

archiviste, M. H. Liouville ; trésorier, M. Parmentier ; membres du comité de publication, Auger, Hayem, Hallé, Launelongue.

La Société de médecine d'Anvers, dans sa séance du 25 décembre 1868, a couronné d'un deuxième prix (médaille de vermeil, ornée du titre de membre correspondant), avec insertion dans les *Annales*, un mémoire présenté par M. le docteur Adrien Phelippeaux, de Saint-Savinien (Charente-Inférieure), sur l'Urticaire, question de pathologie mise au concours par cette société en 1868.

Par décret en date du 6 février 1869, M. le docteur Guy a été nommé chevalier de la Légion d'honneur pour sa belle conduite et son dévouement pendant les graves accidents de mer survenus à bord du paquebot transatlantique *le Pereire*, le 21 janvier 1869.

M. le docteur Fleury, médecin titulaire de l'hospice des Vieillards et Incurables de Bordeaux, est nommé premier adjoint de l'hôpital Saint-André de cette ville.

M. le docteur Chatard, adjoint à Saint-André, est nommé titulaire de l'hospice des Vieillards et Incurables.

Le maire de Bordeaux vient de prendre un arrêté prescrivant la constatation des naissances à domicile, à partir du 1er février.

Ont été nommés médecins de l'état civil chargés de cette constatation, MM. les docteurs Brochard, Dubreuilh et Lugeul.

Annonçons à nos lecteurs l'apparition de deux journaux de médecine.

L'un, sous ce titre : *Annales de Dermatologie et de Syphiliographie*, rédacteur en chef le docteur Doyon, vient combler dans notre littérature médicale une lacune regrettable qui n'existait ni en Angleterre, ni en Italie.

L'autre, qui a pour titre *la Revue photographique des Hôpitaux de Paris*, rédacteurs en chef De Montmeja et Rengade, est destinée à mettre sous les yeux du lecteur les malades atteints de maladies dont la vue permet de préjuger le diagnostic, et grâce aux progrès de la photographie nos confrères pourront se procurer à prix réduit un véritable album d'anatomie pathologique vivante.

M. Cherruau, l'un des praticiens les plus répandus de Paris, vient de mourir. M. le docteur Delioux de Savignac a prononcé sur sa tombe un discours que nous ne pouvons reproduire, à notre regret, faute d'espace.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Sollier, médecin-major de première classe, médecin en chef de l'hôpital militaire de Bone.

M. Grisolle, professeur de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu, qu'une longue maladie retenait loin de son enseignement auquel il était si attaché, a succombé dimanche dernier à une nouvelle attaque d'hémorrhagie cérébrale. Ses obsèques ont réuni un grand nombre de médecins de Paris, et plusieurs discours ont été prononcés sur sa tombe : par M. Béhier au nom de la Faculté ; par M. Chauffard au nom de l'Académie, et par M. Millard au nom de la Société des médecins des hôpitaux, et par M. Husson, directeur de l'assistance publique.

Pour les articles non signés : F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Du diagnostic des fièvres par la température (1);

Par le professeur Sée.

(1er article.)

Messieurs,

Je vais traiter un chapitre encore peu connu de la clinique, l'application du thermomètre au diagnostic des maladies. Je dis peu connu parce que, jusqu'ici, on n'a fait de la physiologie qu'une étude platonique, un art d'agrément, sans aucune application à la pratique. Je veux vous montrer combien la physiologie peut vous rendre de services au lit du malade, en vous parlant aujourd'hui du diagnostic des fièvres par la température. Le diagnostic est la base de la médecine; il permet de prédire l'avenir du malade, et le traitement en découle. Si on peut, dès le début d'une fièvre, reconnaître sa nature par l'étude de la température, n'y a-t-il pas là une véritable conquête, qui évitera au médecin bien des soucis? Il est toujours pénible de rester dans l'incertitude, et c'était cependant le parti le plus prudent qne l'on avait à prendre en face d'un fébricitant au début. Maintenant, grâce au thermomètre, l'hésitation n'est plus permise, et l'on peut affirmer hardiment son opinion.

On a défini la fièvre un état morbide caractérisé par l'accroissement de la température, l'accélération du pouls et de la circulation, accompagnée de malaise et de courbature; mais de ces symptômes, dont l'ensemble est nécessaire pour constituer la fièvre, il en est qui peuvent manquer, telle est l'accélération du pouls; aussi, la meilleure définition est celle qui est fondée sur le phénomène primordial qui domine toute la situation, la chaleur. C'était celle de Galien : *Calor præter naturam.*

Le thermomètre, il faut le savoir, ne donne pas la mesure de toute la chaleur de l'économie, et il ne peut rien dire de la manière dont elle est produite.

C'est qu'il y a en nous deux sortes de chaleurs : la chaleur en excès, qui est due à une exagération des combustions, et la chaleur qui s'accumule dans l'individu. L'une résulte d'un excès d'oxyda-

(1) Leçon clinique professée à l'hôpital de la Charité.

tions, de combustions exagérées, tandis que l'autre résulte de la rétention du calorique produit. C'est en vertu de ce calorique accumulé qu'un individu qui a une température normale de 37,5 peut résister à un froid de 12 degrés ; il est doué d'un système nerveux régulateur sous l'influence duquel se produit, par l'impression du froid, une excitation des nerfs vasculaires périphériques, et, par suite, une contraction des vaisseaux superficiels. Il s'ensuit qu'une quantité moindre de sang arrive à la périphérie, et, comme il y a moins de sang au contact de l'air froid, il se fait moins de déperdition de chaleur qu'à l'état normal. Tel est l'effet de la température au-dessous de zéro.

Si nous prenons maintenant la température du Sénégal, 40 degrés, que va-t-il arriver? La température de l'homme ne s'élèvera pas au delà de 37,5, mais, cette fois, c'est par suite de conditions inverses à celles de l'économie soumise au froid. Il se fait alors une énorme déperdition de chaleur par la sueur, qui entraîne le calorique au dehors. En vertu de quel mécanisme? Cette fois les vaisseaux sanguins se dilatent, une plus grande quantité de sang se porte à la périphérie, et il se produit une perte plus grande de chaleur par le contact du sang avec l'air ambiant. Il fonctionne donc dans notre économie un mécanisme régulateur dont le siége est la peau ou le système nerveux, et qui agit, par une température élevée, en sens inverse de celui qui entre en fonction par une température basse.

Cet ingénieux mécanisme, qui maintient l'homme sain et lui permet d'affronter ainsi les climats les plus divers, nous allons le voir à l'œuvre chez le fébricitant.

Que trouve-t-on chez un malade atteint de fièvre? Une augmentation de température qui se traduit par l'accélération du cœur. Le sang, circulant avec une rapidité plus grande, vient se réfrigérer au contact de l'air ambiant, et la sueur qui se produit soulage le fiévreux. Pendant le frisson, au contraire, qui précède la chaleur, le malade se trouve dans les mêmes conditions que s'il était soumis à un froid de 12 degrés. Ses vaisseaux se resserrent et la chaleur se concentre. Chez le fiévreux comme chez l'homme sain, la chaleur tient donc à deux causes : combustion exagérée et rétention de la chaleur.

Comment se développe la chaleur à l'état pathologique? Il existe deux sources principales : Le malade brûle ses aliments, ses tissus, plus qu'à l'état normal; le fiévreux perd une quantité considérable

d'urée, et l'urée est la signature de la destruction de nos tissus par le fait de la surcombustion. D'une autre part, la chaleur augmentée s'accumule dans l'économie et ne s'évapore plus par la transpiration. Il y a plus, dans la période de frisson le sang reflue à l'intérieur. Nous retrouvons donc à l'état morbide le même dualisme de production et d'accumulation de chaleur.

Bien que le thermomètre nous donne des résultats très-importants, il faut savoir qu'il ne nous fournit qu'un résultat brut ; ainsi, il ne nous dit pas si l'augmentation de chaleur qu'il indique, est due à une surcombustion, ou simplement à l'accumulation du calorique ; il ne peut non plus indiquer la quantité de production de la chaleur. Il faudrait, pour y arriver, faire l'étude complète de la calorimétrie, imiter les physiciens qui expérimentent sur des animaux, mais ce procédé n'est pas applicable en clinique, et l'on doit savoir gré au thermomètre de ce qu'il peut nous apprendre.

Appliquons maintenant la thermométrie à l'étude des maladies.

Le thermomètre peut vous donner le diagnostic d'une fièvre, et cela dès les deux premiers jours ; et vous le comprendrez sans peine en réfléchissant que si le thermomètre ne vous indique que l'augmentation de la chaleur, cette augmentation tient sous sa dépendance tous les phénomènes qui constituent la fièvre : l'état du pouls, de la circulation, du système nerveux, et l'état général du sujet.

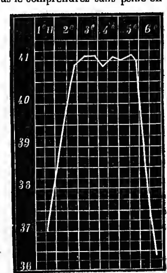


Fig. 1. — Fièvre intermittente. Courbe de la température prise pendant un accès dont la durée est de cinq heures.

Les maladies fébriles, au point de vue de la température, ainsi que le dit Wunderlich, se divisent en trois groupes, que je modifierai ainsi :

Premier groupe. — Dans le premier, le mal débute par un frisson et par une augmentation brutale de chaleur, suivie bientôt d'une rémission rapide. C'est ainsi que, dans un accès de fièvre intermittente, on voit en une heure le thermomètre monter de 37,5 à 41 degrés.

Il y a une fausse fièvre intermittente qui induit souvent les praticiens en erreur, surtout dans les pays marématiques, c'est la fièvre purulente, qui se rencontre chez les blessés et les opérés, chez les femmes en couches, à la suite du traumatisme puerpéral, c'est la pyémie puerpérale, et, enfin, chez les gens soumis au cathétérisme, la fièvre d'accès. Elle débute aussi par un frisson et l'augmentation de chaleur ; mais, dans ces cas, la température monte moins vite ; il lui faut plusieurs heures pour atteindre son maximum, et de même, la rémission se fait moins rapidement.

Les mêmes phénomènes se produisent aussi dans la tuberculose aiguë : frisson au début et augmentation rapide de la chaleur; mais il faut au moins une demi-journée pour que le maximum soit atteint, et autant de temps pour la chute du thermomètre.

Ce qui caractérise donc ce groupe de fièvres, ce sont trois phénomènes, à savoir : Frisson, augmentation brusque de température, rémission brusque et prompte.

Deuxième groupe. — Dans le deuxième, la maladie débute aussi par un frisson, mais cette fois le frisson n'est plus indispensable et il manque souvent. L'élévation de la température est rapide, mais jamais autant que dans le premier groupe, où le maximum est atteint en quelques heures ; il faut, dans le second, douze, vingt-quatre, trente-six heures, et même plus. Puis, ici, se présente un caractère très-important : dans le premier groupe, la fièvre ne se maintient pas, le plateau de la courbe est nul, ou n'est que peu étendu. Ici le plateau se maintient plusieurs jours.

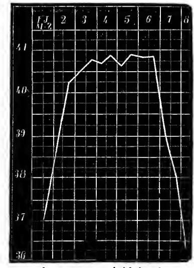


Fig. 2. — Pneumonie (six jours).

Trois caractères différencient les fièvres de ce groupe : frisson non constant, augmentation croissante de température qui se maintient pendant plusieurs jours, décroissance lente ou défervescence rapide.

A ce groupe appartiennent la fièvre éphémère et deux phlegmasies : l'amygdalite et la pneumonie, enfin la plupart des fièvres éruptives.

La pneumonie en est le type ; elle débute souvent par un frisson, mais non constamment; la température monte d'abord à 39,5, puis, le lendemain, à 40 degrés au plus, et ce n'est que le deuxième ou le troisième jour que le maximum 40,5 ou 41 est atteint. On peut donc dire que dans la pneumonie la température est rapidement croissante; tandis que la fièvre intermittente, qui appartient au premier groupe, a une accélération de température à marche suraiguë.

La fièvre se maintient trois, six jours même; le plateau de la courbe thermométrique se montre invariable, et il n'y a que peu de différence entre la température du soir et celle du matin, moins même qu'à l'état normal. C'est une maladie qui affecte le type continu et continent. Vers le septième ou huitième jour survient la défervescence, marquée par une chute assez brusque du thermomètre.

A ce groupe appartiennent presque toutes les fièvres éruptives : érysipèle, variole, scarlatine, qui présentent, au point de vue de la marche de la température, des différences variées entre elles, mais ces différences n'existent ni le premier ni le deuxième jour. On peut donc reconnaître une fièvre éruptive, mais il est difficile d'affirmer telle ou telle de ces fièvres rien qu'avec le thermomètre. La rougeole surtout a un type qui se rapproche du troisième type.

Troisième groupe.— Ici nous trouvons une distinction radicale :

Dans le premier groupe, l'échauffement était suraigu;
Dans le deuxième — il était rapide;
Dans le troisième — il est graduel.

Il faut à la chaleur au moins deux ou trois jours pour atteindre son maximum de température, et pendant ces jours il y a des rémissions très-marquées du soir au matin.

Dans ce groupe, dont le type est représenté par la fièvre typhoïde, prennent place des maladies diverses.

La fièvre catarrhale, la grippe, présente la même courbe que la fièvre typhoïde; le maximum se produit à la fin du deuxième ou du troisième jour; si le thermomètre monte à 41, le diagnostic est assez difficile, car les phénomènes dits *typhoïdes* peuvent exister dans la grippe, et si l'on oublie que les phénomènes catarrhaux ne se produisent guère dans la fièvre typhoïde avant le

septième jour, on peut faire erreur; car dans les deux cas il y a prostration, céphalalgie, malaise continu; aussi si la fièvre catarrhale se prolonge, le diagnostic doit reposer sur la marche décroissante de la chaleur.

Le rhumatisme articulaire a une marche thermométrique caractéristique. Jamais la température ne dépasse 38,5, 39, ce qui tient aux sueurs profuses qui inondent le malade et s'opposent, comme nous l'avons vu, à la production de la chaleur. Cependant le début est quelquefois difficile à reconnaître, et tant qu'il n'y a pas de douleur localisée on peut croire à une grippe.

La pleurésie a une marche contraire à celle de la pneumonie. Pas de frisson au début, pas d'échauffement rapide, l'ascension est lente et graduelle, il y a de la rémission tous les matins. Le maximum reste peu élevé, il ne va jamais à 40; il reste entre 39 et 40, et au bout de cinq à six jours il se fait une diminution rapide, bien que l'épanchement persiste. Ainsi, dans la pleurésie, les phénomènes fébriles cèdent très-promptement, mais la maladie continue son évolution.

L'endocardite et la péricardite se distinguent par l'absence de l'augmentation de température; souvent il n'y a pas même de phénomènes fébriles; aussi ces maladies échappent souvent au médecin, qui doit les rechercher par l'examen physique.

La tuberculose, avons-nous dit, peut simuler une fièvre intermittente, mais elle peut aussi simuler la fièvre typhoïde, surtout quand elle affecte la forme de phthisie miliaire aiguë. Quand la forme catarrhale prédomine, le diagnostic du tubercule ne peut plus se faire par l'auscultation et le thermomètre est insuffisant. Quand c'est la forme typhoïde, il est encore bien difficile, car la tuberculose et la fièvre typhoïde ont la même marche, les mêmes symptômes bronchiques, et les mêmes symptômes généraux existent; cependant le thermomètre peut donner, même dans ces cas, des indications précieuses.

Dans la phthisie aiguë, jamais le thermomètre n'atteint le maximum de 41; puis, dans la tuberculose, les rémissions sont plus faibles, peuvent manquer; la fièvre est continue, tandis que dans la fièvre typhoïde les rémissions sont constantes le matin.

(La suite au prochain numéro.)

Du traitement de l'angine couenneuse par la cautérisation (1);

Par M. Cambrelin, membre honoraire de l'Académie royale de Belgique.

(Lu à l'Académie royale de Belgique le 26 septembre 1868.)

Il est temps d'aborder la partie essentielle de mon travail, la seule qui m'a engagé à affronter votre tribune, messieurs, et à y traiter un sujet si délicat. Je veux parler des inconvénients et des dangers inhérents à la méthode. Ils sont divers et redoutables. Examinons-les, et, pour éviter tout quiproquo pouvant amener des objections oiseuses, répétons que nous n'avons en vue que les agents *caustiques*, *escharrotiques*, surtout sous forme liquide; que ceux qui jouissent de la propriété de désorganiser promptement, instantanément, les tissus vivants sur lesquels on les applique, que Trousseau indiquait comme étant les plus efficaces et devant être placés en première ligne : la solution de *nitrate d'argent*, le *nitrate acide de mercure*, l'*acide hydrochlorique*, et tous autres possédant avec ceux-ci une certaine analogie d'action, et non cette foule d'autres agents inertes ou peu actifs dont M. Ozanam a donné récemment la longue liste sous l'appellation erronée, trompeuse, de *dissolvants*, de *désagrégeants* des produits pseudo-membraneux; car cet auteur lui-même a constaté, expérimentalement, qu'ils ne *désagrégeaient* et ne *dissolvaient* absolument rien.

Le premier des inconvénients de la cautérisation est l'impossibilité où l'on est de ne faire porter l'agent destructeur que sur le produit pathologique qu'il s'agit de détruire. Donc toutes les portions de la muqueuse encore intactes autour de la concrétion morbide, ou formant des îlots à son centre, et qu'il est si convenable d'épargner, pensé-je, sont également atteintes, et leur épithélium, altéré par le contact du caustique, prend l'aspect de la néoplasie. Dans ce cas, la maladie paraît s'être étendue uniformément dans tout le pharynx, et cette extension conduit à de nouvelles et inutiles cautérisations; mais si, d'aventure, l'eschare vient à se détacher en laissant à nu la trame de la muqueuse, celle-ci se présente irritée, enflammée, ulcérée peut-être et la sensibilité de la gorge est devenue tellement exaltée, la douleur que le petit malade y éprouve est si vive, que l'on ne peut plus vaincre la résistance qu'il oppose à l'incorporation de quoi que ce soit, et le défaut d'alimentation qui en résulte aggrave

(1) Suite et fin; voir la précédente livraison, p. 97.

bientôt les symptômes généraux de la maladie. Enfin, il se peut encore, disent MM. Bricheteau et Adrian, que ces portions de muqueuse, ainsi altérées dans leur texture, ou même simplement dénudées par ces manœuvres irrationnelles, reçoivent à leur tour une couche de fibrine qui s'organise, et alors la diphthérite est complète et le danger fort accru. On ne peut contester que cette extension de la pseudo-membrane ne soit dans l'ordre des choses possibles, même probables, si la cause de la maladie est générale, constitutionnelle.

Un second accident est la mort subite du malade par le spasme du larynx occasionné par la douleur violente que produit l'action du caustique.

Un troisième est celui qui est survenu à Trousseau et Blache, que l'on n'accusera pas, le premier surtout, de maladresse. Ils cautérisaient avec l'acide chlorhydrique, lorsque le petit malade, fermant convulsivement la bouche, retint fermement le pinceau serré entre les dents, sans qu'ils pussent le dégager, de sorte qu'il en résulta une brûlure profonde et étendue de toute la cavité buccale!

Enfin, un quatrième accident, le plus formidable, dont personne n'a parlé jusqu'ici, qui est le plus fréquent, je dirai presque inévitable dans la majeure partie des cas, est la cautérisation de l'œsophage et de l'estomac, l'empoisonnement, en un mot!... C'est cette effroyable conséquence du dépôt des substances caustiques dans l'entonnoir pharyngien qui m'a déterminé, enfin, à rompre un silence que je me reproche aujourd'hui d'avoir gardé si longtemps.

En effet, comment s'y prend-on pour porter le caustique dans le fond de la gorge des petits malades? Pour donner une idée de la manière générale de procéder, je vais exposer ce que j'ai vu.

A une époque que je ne saurais plus préciser, vers 1830, je crois, un artiste peintre était venu résider momentanément à Namur. Un jour il me fit demander en consultation pour son fils, jeune enfant de deux ans environ, qui souffrait de la gorge depuis deux ou trois jours.

De notre examen, fait concurremment avec le confrère traitant, je reconnus l'existence d'un *croup* encore peu prononcé, avec une petite plaque grisâtre sur l'une des amygdales et quelques stries ou rayons sur les piliers du voile du palais du même côté. Le cas était grave ou plutôt menaçait de le devenir, et les moyens que je proposai pour le combattre étant repoussés comme trop incertains, par le susdit confrère, celui-ci me proposa la cautérisation directe, m'as-

surant qu'il en avait déjà retiré de grands avantages dans d'autres circonstances identiques. Après quelque hésitation, j'y consentis ; c'était faiblesse, peut-être, mais mon inexpérience de ce moyen, son efficacité, vantée dans quelques écrits de l'époque, confirmée avec chaleur par mon consultant, et surtout l'incertitude des résultats du traitement que j'avais indiqué, suffiront pour expliquer l'assentiment que je finis par donner, et mon confrère y procéda sur-le-champ. Il était midi.

Après avoir fait dissoudre dans un peu d'eau un crayon de nitrate d'argent fondu qu'il tira de sa trousse, et dont il connaissait le poids, sans doute, préparé son porte-caustique, l'enfant fut placé et maintenu immobile sur les genoux de son père, tandis que je fixais la tête et abaissais la mâchoire inférieure. L'opérateur introduisit un ou deux doigts dans l'intérieur de la bouche, en vue d'abaisser la base de la langue et de la tenir éloignée du palais; mais ce fut en vain, car le petit patient se défendait vigoureusement. Alors, de guerre lasse, l'opérateur plongea au fond de la gorge la baleine armée de son éponge trempée dans la solution du sel lunaire et il la fit rouler dans tous les sens!... Cette opération fut immédiatement répétée, et lorsque l'on déclara qu'elle était terminée, je constatai que tous les points de la cavité buccale et du pharynx que je pus découvrir avaient subi l'action du sel désorganisateur. La voix était éteinte.

Le restant de la journée se passa dans l'agitation; l'enfant se plaignit incessamment; il repoussait les boissons qu'on lui présentait, et j'appris le lendemain que ce petit malheureux avait succombé pendant la nuit.

Cette mort si prompte, si inattendue pour moi, ne me permit pas de douter qu'elle ne fût le résultat d'un empoisonnement, et c'est dans ce sens que j'exprimai mes regrets à mon confrère... Je ne pus obtenir la permission de faire l'examen du petit cadavre, et cette nécropsie était pourtant indispensable, *comme elle l'est encore actuellement dans des cas semblables*, pour s'assurer de l'état réel des choses, du côté de l'estomac, et lever un reste d'incertitude qui pourrait nous rester dans l'esprit.

Depuis cet événement fâcheux, j'eus quelques occasions de me renseigner à diverses sources, même près de quelques partisans de cette méthode de traitement, et j'appris avec une profonde stupéfaction qu'en général on ne procédait pas autrement à cette opération, *qu'on faisait ce que l'on pouvait.*

Eh bien ! voyons ce qui doit se passer et se passe, en effet, pendant son exécution, alors même qu'elle paraîtrait avoir été conduite avec une méthode que l'on ne doit guère attendre de tous les opérateurs. Pour cela il nous suffira de nous appuyer sur quelques expériences que nous avons faites, avec de l'eau vinaigrée, sur des individus atteints d'esquinancies légères, expériences que chacun peut répéter sans nul dommage pour les malades, et nous prendrons les moyennes obtenues dans nos essais, pour base de notre argumentation.

Une tige en baleine fut armée d'une éponge longue de 20 millimètres et large de 15 en tous sens, mais se terminant en une pointe tronquée. Le poids total de cet instrument, à l'état de siccité parfaite, était de 1^{gr},7 ; étant chargé, c'est-à-dire l'éponge imbibée de liquide, celle-ci en avait pris 3^{gr},57. Or, portée rapidement dans le fond de la gorge, et retirée avant le rapprochement des parties qui en forment le pourtour — ce que je n'obtenais que rarement — l'instrument avait perdu 40 centigrammes de son poids, par le seul fait de sa très-légère pression contre la paroi du pharynx ; mais si, par suite de l'indocilité du petit malade — ce qui est le cas incontestablement le plus ordinaire — la langue visqueuse vient à vous échapper, alors sa base s'élève vers le voile du palais, celui-ci s'abaisse, le pharynx se contracte en totalité ; l'eau est exprimée de l'éponge par cette convulsion physiologique, et l'instrument repesé a perdu près de 2^{gr},50 de son poids. Donc, une somme égale du liquide caustique a coulé dans l'œsophage par le fait normal, inévitable, de sa pesanteur et de l'acte de la déglutition. La totalité y arrive, sans doute, car on l'a déposée sur une surface déjà enduite, imbibée de sucs sécrétoires et visqueux qui abondent dans la gorge.

Si l'on répète l'opération sur-le-champ et les jours suivants, ainsi qu'il est recommandé — on aime, d'ailleurs, à faire la chose complétement — ce sera autant de fois 2^{gr},50 de liquide caustique que l'on fera ingurgiter au petit malade.

Que l'on augmente ou réduise le volume de l'éponge, disposition qui est laissée à l'arbitraire du médecin, aucun précepte n'étant établi sur ce point, alors les conséquences varieront en raison de la modification que l'on aura cru devoir apporter au porte-caustique ; mais évidemment le désordre ne changera pas de nature ; son intensité seule variera.

Or quel sera-t-il, ce désordre ? Sans nul doute, le caustique opérera sur l'œsophage et le ventricule de la même manière que dans

la bouche et le pharynx, c'est-à-dire en détruisant les tissus qu'il atteindra, mais avec un danger infiniment supérieur, car il sera composé en raison d'une plus vaste étendue de surface cautérisée et de l'importance plus grande des organes atteints. En un mot, et il serait puéril de le dissimuler, on aura déterminé des désordres dangereux dans l'un des principaux viscères de l'économie, et, pour comble d'aveuglement, on les attribuera à la marche normale de la diphthérite qui semblera, conséquemment, exiger de nouvelles applications, dont on ne se fera pas faute, si la mort ne vient pas, comme dans l'exemple que j'ai cité, mettre un terme au zèle de l'opérateur.

Je sais bien que l'on pourra m'opposer des cas de guérison; car qui n'en possède par douzaines quand il s'agit de vanter une méthode de traitement qui fait l'objet de nos chères prédilections. La pratique la plus déraisonnable, j'oserai dire la plus excentrique, ne s'appuie-t-elle pas toujours sur de prétendus succès? Toute guérison, survenant pendant l'administration de n'importe quel moyen, n'est-elle pas imperturbablement attribuée à son emploi? *J'ai guéri*, affirme sérieusement et d'un air de conviction, le sectateur inintelligent; alors qu'il serait plus philosophique, plus juste de lui entendre dire : *mon malade a résisté!*... Quoi qu'il en soit, à côté de ces guérisons problématiques que l'on cite avec complaisance, et dont rien, souvent, ne garantit la vérité, il serait bon que l'on nous donnât un nécrologe sincère, et que l'on mît ainsi dans les deux plateaux d'une balance et les succès et les mécomptes.

Que l'on ne croie pas qu'il entre dans ma pensée d'accuser tous les médecins qui se livrent à cette pratique, de ne pas pouvoir toujours éviter les accidents graves que j'ai signalés. Non, j'aime à croire qu'il en est qui ont assez de prudence et d'habileté pour contenir sûrement le petit patient, pour savoir tenir la cavité buccale assez ouverte, et la langue assez abaissée, pendant un temps suffisant, pour l'exécution convenable d'une opération très-délicate; pour saisir prestement le moment très-court où la gorge se trouve largement ouverte, *par un soulèvement de cœur* dû à l'introduction des doigts jusqu'à la base de la langue ; pour ne porter le caustique que sur les surfaces recouvertes de la pseudo-membrane, tout en ménageant les intervalles qui offrent encore une muqueuse saine; qui peuvent apprécier, *à priori*, le degré de concentration du caustique nécessaire pour agir sur toute l'épaisseur de la concrétion fibrineuse, sans atteindre la trame de la muqueuse sous-jacente; qui savent proportionner la quantité du liquide destructeur à l'éten-

due de la surface qu'ils se proposent d'attaquer, sans risque de le voir couler au delà; qui connaissent la limite précise où finit la sécurité, où commence le danger des applications, et savent s'arrêter juste à ce point périlleux — si toutefois le pharynx ne doit pas être compris, en entier, dans la seconde division, ainsi que je le pense. — Mais le nombre de ces habiles praticiens doit être fort restreint, il faut bien le reconnaître, en comparaison de la masse routinière qui croit qu'elle a rempli tous ses devoirs de profession lorsqu'elle a appliqué *le grand moyen*, lorsqu'elle a *brûlé* la production qu'elle considère comme constituant toute la maladie! C'est à prévenir ces derniers principalement des fâcheuses conséquences de leur entreprise que tendent mes observations; je n'ai pas eu d'autre but.

En présence de ces difficultés d'exécution et des dangers qui l'accompagnent, ne vaudrait-il pas mieux abandonner cette pratique d'une manière absolue que de lui réserver une bien petite place parmi nos méthodes thérapeutiques? Je le pense sincèrement.

Je dois m'attendre à une objection; je la préviendrai pour finir:

Si vos craintes étaient fondées, me dira-t-on; si vos affirmations étaient l'expression de la vérité, il s'ensuivrait qu'aucun malade cautérisé ne devrait échapper aux effets du poison, et cependant on peut vous montrer des sujets qui ont été soumis à cette pratique et qui se portent parfaitement bien. J'admets que tous les cautérisés ne sont pas morts; mais, de cette heureuse exception, due à des circonstances accidentelles indépendantes de la volonté et en dehors des prévisions du médecin, il est facile d'indiquer quelques causes que la raison peut admettre, sans que l'on soit accusé d'outrecuidance. Ainsi, dans les cautérisations où l'on n'a pas su prendre toutes les mesures convenables, le pinceau a pu être poussé entre la langue et le palais, et le liquide caustique en être exprimé, rejeté immédiatement de la bouche par l'expuition, de telle façon qu'il n'en reste plus une quantité suffisante pour pouvoir atteindre jusqu'à l'œsophage et l'estomac; alors la bouche seule est cautérisée; ainsi encore le ventricule a pu contenir, au moment de l'opération, une quantité relativement notable de liquides qui ont étendu le caustique, et l'ont rendu simplement irritant, peut-être inerte, d'escharotique qu'il était primitivement; de même encore l'estomac a pu se révolter instantanément au contact du poison, et le repousser par le vomissement, ainsi que cela s'est vu souvent après l'ingestion des plus violents toxiques; enfin, le malade, doué d'une

constitution vigoureuse, a pu surmonter les graves accidents provoqués par l'agent léthifère et vaincre à la fois et la maladie et le médecin ! C'est là un fait acquis, incontestable ; il y a longtemps que la satire l'a proclamé, sans protestation aucune de notre part, et nous-mêmes, tous, sauf quelques rares exceptions, trouverions peut-être dans nos souvenirs de nombreux exemples de guérisons plus qu'extraordinaires, dans le sens indiqué ci-dessus, si nous ne craignions pas de porter atteinte à notre *infaillibilité*, à notre *impeccabilité !*

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'ovariotomie (1) ;

Par M. le docteur Tillaux, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

Procédé opératoire. — Selon que le kyste est libre de toute adhérence dans la cavité abdominale ou bien qu'il y est plus ou moins intimement uni, l'opération de l'ovariotomie est extrêmement simple ou bien au contraire d'une difficulté parfois insurmontable.

Nous supposerons en premier lieu que le cas est simple, et indiquerons ensuite la conduite à tenir dans les cas compliqués.

1° *Opération de l'ovariotomie dans les cas simples ou sans adhérences.* — S'il est vrai que le procédé opératoire ait en général une influence sur le résultat définitif d'une opération, on ne saurait jamais mieux le démontrer que dans l'extirpation des ovaires.

L'ovariotomie n'a été si longtemps délaissée, elle n'a été si souvent suivie de mort à la suite des tentatives précédemment rappelées, qu'à cause des mauvais procédés employés. Il est donc important de décrire minutieusement les divers temps de l'opération, car tous les chirurgiens reconnaissent aujourd'hui que l'omission d'un détail, en apparence insignifiant, peut en compromettre le succès.

A. *Du lieu où doit être pratiquée l'opération.* — L'expérience paraît avoir prononcé à cet égard d'une façon définitive, et nous sommes d'avis qu'il n'y a plus lieu de la renouveler. L'ovariotomie pratiquée dans un hôpital de Paris par différents chirurgiens *n'a jamais réussi*, et cela un assez grand nombre de fois (seize au moins) ;

(1) Suite et fin, voir la livraison précédente, p. 105.

et d'ailleurs, obtînt-on quelque jour un succès dans ces conditions, qu'on n'en serait pas moins autorisé à déclarer qu'une femme ovariotomisée dans un hôpital de Paris est presque fatalement une femme condamnée à mort. On doit donc y renoncer, d'autant plus que l'assistance publique met avec empressement à la disposition des chirurgiens des établissements plus salubres situés aux environs de Paris, tels que la maison de retraite d'Issy, par exemple.

Les hôpitaux de province sont dans des conditions hygiéniques beaucoup meilleures que les nôtres ; il est néanmoins mauvais d'opérer dans les salles communes ; une chambre particulière, isolée, bien aérée, devra être choisie de préférence.

On ne peut cependant pas dire de l'ovariotomie, comme de l'opération césarienne, qu'elle ne réussit pas à Paris. De nombreux succès prouvent le contraire ; dans les habitations particulières, principalement hors du centre, elle peut être tentée avec des chances de guérison presque aussi grandes que partout ailleurs.

Lorsque M. J. Worms nous fit connaître les résultats des chirurgiens anglais, si opposés à ce que nous avions obtenu en France, on invoqua des raisons tirées de la race, de la constitution, du climat, de la susceptibilité péritonéale, etc. Cette explication pouvait avoir quelque apparence de fondement, alors que nous n'avions pas en France des statistiques à opposer à celles de nos voisins ; mais aujourd'hui nous pouvons affirmer qu'elle n'est pas exacte. M. Kœberlé, par exemple, vient ces jours derniers nous annoncer que sur ses onze dernières opérées, il n'en avait perdu qu'une ; il était loin d'avoir au début de semblables résultats et l'on ne peut cependant pas dire que le péritoine ait perdu de sa susceptibilité ; la vérité est que le procédé opératoire a subi de notables perfectionnements et que les malades en bénéficient.

B. *Soins préliminaires à l'opération.* — La chambre où sera pratiquée l'opération devra être chauffée à 20 ou 25 degrés, de façon à ce que la malade n'éprouve aucun refroidissement et que le péritoine et les intestins ne subissent pas un trop grand changement de température. Faut-il faire l'opération dans la chambre où restera ensuite la malade ? Si la disposition des locaux le permet, il vaut mieux transporter l'opérée dans une chambre voisine également bien chauffée à 25 ou 30 degrés, à condition d'avoir un aide qui puisse effectuer le transport sans imprimer la moindre secousse. Sinon, on opérerait dans la même chambre ; mais il nous paraît indispensable d'avoir deux lits, un pour l'opération, l'autre pour coucher

ensuite la malade, car le premier doit être étroit et dur, et d'ailleurs il est toujours souillé de sang et du liquide du kyste, quelque précaution que l'on prenne.

Le chirurgien n'étant jamais très-certain d'avoir affaire à un cas simple, doit disposer l'appareil instrumental en prévision d'un cas compliqué. Cet appareil comprendra les instruments nécessaires pour toute opération laborieuse : plusieurs bistouris à manche fixe, des pinces à disséquer, des pinces à pansement, à torsion, à mors plats, à griffes, un tenaculum, des ciseaux, des fils à ligature, des fils métalliques de différents numéros, etc.

Il comprendra, en outre, les instruments spécialement nécessaires pour l'ovariotomie, qui sont :

1° Un gros trocart (celui de M. Nélaton est généralement employé) muni d'un long tube en caoutchouc destiné à conduire le liquide du kyste dans un vase situé au pied du lit ;

2° De fortes pinces à mors plats et à griffes pour saisir le kyste et l'attirer au dehors ;

3° Un écraseur linéaire ;

4° Un clamp pour serrer le pédicule ;

5° Une longue aiguille en argent avec une pointe en fer de lance pour traverser les parois abdominales et le pédicule et fixer ce dernier dans la plaie ;

6° Des éponges fines et neuves pour faire la toilette du péritoine ;

7° Un réchaud avec des fers rougis à blanc et du perchlorure de fer ;

8° Des porte-aiguilles ;

9° De l'ouate non gommée ; un bandage de corps en flanelle, un large peignoir en flanelle, le tout chauffé.

Chaque opérateur se sert, en outre, de quelques instruments spéciaux que nous signalerons en décrivant les divers temps du manuel opératoire.

La malade sera purgée un ou deux jours avant l'opération, et l'on pourra lui faire prendre un grand bain la veille.

Comme moyen préparatoire, M. Kœberlé fait toujours, lorsque la tumeur est considérable, un ou deux jours, ou même quelques heures avant l'opération, une ponction avec un trocart ordinaire, afin de diminuer le volume du kyste et d'étirer les adhérences s'il en existe. Nous ne pensons pas que cette pratique soit généralement suivie.

On aura soin de pratiquer le cathétérisme de la vessie immédiatement avant de commencer l'incision.

Le chirurgien disposera ensuite ses aides : l'un donnera le chloroforme, l'autre sera chargé spécialement des instruments, un troisième des ligatures ; plusieurs autres aideront à tenir la malade. Il est utile que l'un des aides au moins soit déjà expérimenté et habitué à la manœuvre pour conseiller au besoin l'opérateur s'il survenait une difficulté imprévue. L'aide le plus important, placé vis-à-vis le chirurgien, sera chargé de comprimer la paroi abdominale avec ses deux mains de chaque côté de l'incision, à mesure que le liquide s'écoulera de la poche kystique, afin d'empêcher tout épanchement dans la cavité abdominale.

Quelques chirurgiens se placent pour opérer entre les jambes de la malade, comme on le fait pour la taille ; d'autres se placent à sa gauche ou à sa droite ; cette dernière position nous paraît préférable.

La malade étant complétement endormie avec le chloroforme, on procède à l'opération de la manière suivante :

Premier temps. — Incision de la paroi abdominale. — L'incision, faite de haut en bas, rigoureusement sur la ligne médiane, descendra jusqu'à la symphyse pubienne et remontera plus ou moins haut, suivant la gravité du cas. Règle générale, il est préférable de commencer par une petite incision de 6 à 8 centimètres (1), qu'il sera toujours possible d'agrandir. La section des parties molles doit être pratiquée lentement, couche par couche.

Il ne s'écoule ordinairement que très-peu de sang, mais il est de la plus haute importance qu'il ne s'en écoule pas du tout des bords de la plaie, car plus tard ce sang tombera dans la cavité abdominale, et il faut éviter cela à tout prix sous peine d'un insuccès presque certain. La plupart des chirurgiens étanchent soigneusement le sang avant d'aller plus loin et posent même des ligatures sur les plus petits vaisseaux. M. Kœberlé se sert à cet effet de petites pinces susceptibles d'être fortement serrées avec un écrou. Il

(1) D'après la statistique publiée en 1868 par M. Kœberlé, la mortalité a été proportionnelle à la longueur de l'incision abdominale : de 5 à 10 centimètres sur 12 cas, une seule opérée a succombé par étranglement interne; de 10 à 25 centimètres, la mortalité a été d'un tiers environ ; de 25 à 30 centimètres, les insuccès ont été de 4 sur 9 cas ; au-dessus de 35 centimètres, sur 3 cas, il y a eu, au contraire, deux guérisons, dans les circonstances où l'on a été obligé d'agrandir considérablement l'incision, afin de pouvoir extraire les tumeurs multiloculaires très-volumineuses.

saisit le vaisseau avec l'une de ces pinces et continue l'opération ; il en place ainsi autant qu'il est nécessaire et les laisse en place jusqu'à ce qu'il pratique la suture. La pression a suffi le plus souvent pour arrêter tout écoulement sanguin. Ce moyen nous paraît excellent et nous n'hésitons pas à le conseiller; car moins il reste de corps étrangers dans la plaie, plus la réunion et par conséquent la guérison sont rapides.

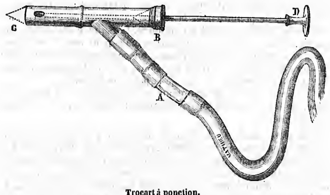
Les couches de tissus que le chirurgien rencontre sous le bistouri varient avec l'épaisseur de la paroi abdominale. Cette paroi sur la ligne médiane peut n'avoir que quelques millimètres, comme elle peut présenter 2 et 3 centimètres si le sujet a de l'embonpoint. L'opérateur doit être prévenu (celui surtout qui n'a encore que peu d'expérience) qu'il y a dans ce temps de l'opération un écueil à éviter, écueil dans lequel sont tombés de très-habiles et illustres opérateurs. C'est de prendre pour la surface extérieure du kyste la face externe du feuillet pariétal du péritoine. Lorsque le chirurgien introduira la main dans la cavité abdominale pour constater la présence ou l'absence des adhérences, on comprend de suite ce qui résultera de l'erreur que nous signalons, c'est le décollement d'une plus ou moins grande étendue de la paroi abdominale.

Il importe enfin de se maintenir constamment sur la ligne médiane, de façon à ne pas ouvrir la gaîne de l'un des muscles droits de l'abdomen.

Deuxième temps. — Lorsque le kyste est à découvert, ce que l'on reconnaît surtout à l'aspect gris luisant, le chirurgien doit rechercher l'existence des adhérences. Comme on ne saurait prendre de trop grandes précautions dans une opération de ce genre; il est bon, avant d'introduire la main dans la cavité abdominale, de la débarrasser, par un lavage à l'eau tiède, du sang dont elle a été souillée durant le premier temps. Le chirurgien introduit donc doucement par la plaie la main entière ou simplement les doigts, et, constatant que la paroi antérieure du kyste est libre, ne pousse pas plus loin son exploration.

Troisième temps. — Ponction du kyste. — Evacuation du liquide. — La ponction du kyste se fait avec un gros trocart construit spécialement pour cette opération. On en a inventé plusieurs, mais on se sert ordinairement de celui de M. Nélaton. Il est muni d'une lame spirale qui permet de l'introduire dans le kyste à la manière d'un tire-bouchon. Une fois introduit, une lame métallique vient comprimer de dehors en dedans la paroi kystique, qui se trouve ainsi saisie par ses deux faces, de façon à ne laisser aucun jour entre la canule et l'ouverture faite par le trocart. Mais il faut bien le reconnaître, ce trocart, si ingénieux qu'il soit, ne remplit que rarement le but que l'on se propose, et une certaine quantité de liquide s'écoule en dehors de la canule. C'est pour cela qu'un ou deux aides (un seul est préférable, car la pression est plus régulière) appliquent les deux mains à plat sur le ventre de chaque côté de l'incision, pour faire saillir le kyste, et principalement pour

maintenir exactement en contact la paroi abdominale et le kyste, à mesure que celui-ci se vide, par une pression régulière et suffisamment énergique. On s'oppose de la sorte à toute introduction du liquide dans la cavité péritonéale. Si le liquide est limpide et s'il s'écoule facilement par la canule du trocart et le tube en caoutchouc qui lui fait suite, on n'a qu'à en attendre l'expulsion complète ; mais plusieurs circonstances peuvent se présenter qui obligent d'employer une autre manœuvre. Ou bien le liquide s'écoule et par la canule et entre la canule et le kyste, ou bien le contenu du kyste est tellement épais et visqueux, qu'il ne peut s'écouler ; ou bien enfin le kyste est multiloculaire et exige plusieurs ponctions. Que l'une ou l'autre de ces éventualités se présente, il y aura avan-



Trocart à ponction.

tage à retirer la canule du trocart et à fendre largement le kyste avec un bistouri. Le liquide, s'écoulant à flots, est reçu dans des vases destinés à cet effet. M. Kœberlé emploie un vase échancré sur le bord, comme les plats à barbe.

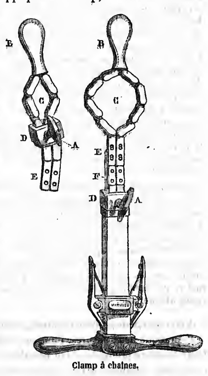
Les deux lèvres de l'incision kystique sont saisies avec de fortes pinces à griffes, ou mieux à mors plats, et sont attirées au dehors. Si le kyste est uniloculaire, il finit ainsi de se vider au dehors ; si d'autres loges s'opposent à l'extraction du kyste, elles sont successivement ouvertes avec le bistouri ; le kyste ne tarde pas à être attiré complétement en dehors de l'abdomen.

Pour pratiquer l'extraction du kyste, M. Krassowski, de Saint-Pétersbourg, traverse la paroi antérieure avec un trocart courbe, et place au-dessous de la canule une forte ligature, de sorte qu'il a, pour effectuer les tractions, une poignée solide qui ne peut jamais glisser.

Lorsque le kyste est extrait de la cavité abdominale, M. Boinet recommande de placer autour du pédicule une compresse en flanelle imbibée d'eau chaude et fendue jusqu'à sa partie moyenne, de manière à maintenir les intestins et à les garantir du contact de l'air et des doigts.

Quatrième temps. — Section et fixation du pédicule. — Lorsque le kyste est complétement sorti de l'abdomen, il s'agit de sectionner le pédicule. Que doit-on en faire après qu'il a été divisé? C'est là un point important de l'opération et différemment résolu suivant les cas et aussi suivant les opérateurs. Il faut dire, du reste, que la forme du pédicule commande souvent la conduite à tenir. En effet, il peut être long, mince et étroit, ou bien il peut être court, épais et large.

Dans le premier cas, lorsqu'il est long et mince, la meilleure pratique est la suivante : appliquer le clamp, le serrer suffisamment et sectionner au-dessus avec un bistouri. La forme du clamp varie; c'est un instrument qui ressemble à un compas ou bien à une chaîne d'écraseur linéaire. Le but à remplir, quelle que soit l'espèce de clamp, est une constriction assez forte pour comprimer les vaisseaux souvent volumineux du pédicule et empêcher toute hémorrhagie.



Clamp à chaînes.

Le pédicule ainsi lié est attiré dans l'angle inférieur de la plaie, puis fixé dans cette position à l'aide d'une longue aiguille qui le traverse en même temps que les deux lèvres de la plaie abdominale.

La surface saignante du pédicule est badigeonnée avec du perchlorure de fer.

Lorsqu'il est court et large, lorsqu'il est sessile, le chirurgien ne peut plus se comporter de la même manière. Le clamp fixé en dehors de l'abdomen attirerait violemment l'utérus, le tiraillerait et ne pourrait d'ailleurs sectionner complétement le pédicule, dont le centre ne subirait pas une constriction capable d'en amener la mortification.

On a proposé, dans ces cas, de lier isolément les vaisseaux, de les diviser ensuite avec l'écraseur linéaire ou le fer rouge et de les abandonner dans le ventre.

Il nous semble préférable de lier le pédicule avec des fils de soie, en plusieurs portions, suivant son volume; de le sectionner comme

précédemment, de cautériser la surface saignante avec le perchlorure de fer ou le fer rouge, et de l'abandonner dans le ventre. Les fils sont ramenés dans l'angle inférieur de la plaie et le fixent ainsi le plus près possible de cet angle. Pour maintenir plus exactement le pédicule, M. Boinet le traverse en même temps que les bords de la plaie abdominale avec une longue aiguille à laquelle il donne une courbure convenable.

Cinquième temps. — *Toilette du péritoine.* — Il est si important de nettoyer complétement le péritoine et la cavité pelvienne, qu'on doit en faire un temps de l'opération. Il faut bien s'assurer qu'il n'existe plus le moindre suintement sanguin sur les bords et dans les angles de la plaie ; puis, avec une éponge fine et neuve, recueillir le sang ou le liquide du kyste épanchés dans la cavité pelvienne; essuyer légèrement la surface des intestins, s'il s'y trouve des caillots; en un mot, consacrer le temps nécessaire à débarrasser le ventre de tout liquide. C'est là, selon tous les opérateurs, une condition des plus importantes pour le succès.

Les intestins sont remis ou maintenus en place, et l'on peut alors procéder au dernier temps, à la suture. Mais auparavant M. Kœberlé prend encore une précaution, c'est de chercher l'épiploon et de le ramener au-devant des intestins. Il pense ainsi isoler en partie la plaie de la grande cavité péritonéale; dans le cas où du pus s'écoulerait de cette plaie, il se formerait une sorte de poche isolée et facilement accessible.

Sixième temps. — *Suture de l'incision abdominale.* — La suture est pratiquée de deux manières différentes. La plupart des chirurgiens attachent une grande importance à y comprendre le péritoine de façon à le mettre en rapport, non par les bords de l'incision, afin d'adosser l'une à l'autre deux surfaces séreuses, dans l'espoir d'obtenir une réunion rapide et exempte de suppuration; M. Kœberlé, au contraire, s'attache essentiellement à ne pas traverser le péritoine avec les aiguilles à suture; il se préoccupe uniquement de mettre en rapport parfait chacune des parties correspondantes de la paroi abdominale.

Voici comment procède le chirurgien de Strasbourg :

Il pratique deux sutures, l'une profonde et l'autre superficielle. Pour la suture profonde, il fait pénétrer son aiguille à une distance de la plaie variable, suivant l'épaisseur et la paroi, 1, 2 et même 3 centimètres; l'aiguille traverse obliquement les parties molles et sort au niveau de la lèvre postérieure de la plaie, précisément au-devant du rebord du péritoine, sans jamais comprendre ce dernier; l'aiguille suit un trajet inverse du côté opposé, c'est-à-dire qu'elle pénètre d'arrière en avant de la lèvre postérieure de l'incision vers la peau. L'aiguille porte avec elle un fil de soie double; ces deux fils de soie sont noués de chaque côté sur un bout de sonde en

gomme élastique et suffisamment serrés pour amener au contact les deux bords de l'incision, qui proémine ainsi plus ou moins à la surface de l'abdomen; trois ou quatre points de suture sont nécessaires pour amener une coaptation de la plaie, dont tous les éléments se correspondent exactement.

Les deux lèvres extérieures de l'incision sont ensuite réunies par la suture entortillée.

Entre autres avantages, M. Kœberlé trouve à son mode de suture celui de conserver à la paroi abdominale toute son épaisseur, ce qui n'existe pas lorsque le péritoine est en quelque sorte réuni à la peau. On a observé dans ce dernier cas, après la guérison, de véritables éventrations.

A l'exemple de Spencer Wells et de Tylor Smith, la plupart des opérateurs français comprennent le péritoine dans la suture; on se sert de préférence de fils métalliques, que l'on passe à l'aide d'aiguilles courbes ordinaires ou d'aiguilles tubulées. La meilleure aiguille, à notre avis, est celle dont se sert M. Boinet, et qu'il a dernièrement présentée à la Société de chirurgie. Voici comment M. Boinet décrit cette suture : « Ces aiguilles ont la forme et la longueur d'une alène de cordonnier. Leur talon est percé d'un chas large et facile à enfiler, et à partir du chas il existe au-dessus et au-dessous une gouttière ou cannelure, dans laquelle se loge le fil d'argent, de telle sorte qu'il n'apporte aucun obstacle au passage de l'aiguille au moment où elle traverse les tissus; l'aiguille, une fois armée de son fil, peut servir à faire cinq ou six sutures, sans qu'on soit obligé de l'enfiler de nouveau, et deux aiguilles suffisent pour les incisions les plus longues. Avec ces aiguilles, le passage des fils métalliques se fait avec une promptitude et une sûreté remarquables. On doit faire pénétrer ces aiguilles extérieurement à 2 centimètres environ du bord de la plaie, et intérieurement à 1 centimètre environ du bord du péritoine. Les fils d'argent une fois passés, on peut les tordre avec une pince, ou tout simplement les nouer ensemble comme des fils de soie; il faut avoir la précaution de ne pas trop les serrer. Ces points de suture profonde peuvent être enlevés du troisième au quatrième jour, si on reconnaît que la réunion immédiate a été obtenue et s'il n'y a pas de tympanite; mais on peut les laisser en place huit à dix jours, et même plus, sans aucun inconvénient, mais le mieux est de les enlever le plus tôt possible. Nous avons l'habitude de les enlever en deux fois, à vingt-quatre ou quarante-huit heures d'intervalle. »

La suture superficielle est entortillée et faite avec des épingles longues et fines. Il est toutefois des cas où la suture profonde rapproche si exactement toute la surface de la plaie, qu'une suture superficielle est absolument inutile.

On recouvre généralement la plaie de plusieurs couches de collodion riciné.

Un dernier détail relatif à la suture est le suivant : dans le but de pouvoir évacuer plus tard les liquides qui s'accumuleraient dans le petit bassin, M. Kœberlé laisse au-dessus du pédicule, fixé, ainsi que nous l'avons dit, dans l'angle inférieur de la plaie, un petit espace non réuni. Quelques chirurgiens laissent même à demeure dans ce point un drain, une sonde en gomme élastique ou un tube de verre.

Soins consécutifs. — L'opération achevée, la malade est rapidement nettoyée, puis enveloppée dans une couverture de laine ou dans un peignoir de flanelle chaude. Le ventre est recouvert d'une couche d'ouate chaude que l'on peut laudaniser, maintenue par un bandage de corps en flanelle. Elle est alors reportée dans son lit bien chauffé, et où sont disposées des boules d'eau chaude. On peut lui faire prendre de suite quelques cuillerées de vin généreux et stimulant, tel que malaga, xérès. La malade prendra plusieurs bouillons le jour même de l'opération, et devra être alimentée les jours suivant avec des potages, une côtelette, etc. Toutes les heures, on lui fera prendre une pilule d'extrait thébaïque de 1 centigramme, et le cathétérisme de la vessie sera pratiqué toutes les quatre heures.

S'il ne survient aucun accident, on se contentera de conseiller à la malade l'immobilité la plus absolue et de maintenir la plaie dans un grand état de propreté.

Si du pus ou de la sérosité s'accumulent dans le cul-de-sac utéro-rectal, il faut évacuer ces humeurs pour empêcher leur décomposition putride, source fréquente d'accidents mortels. A cet effet, M. Kœberlé introduit, par la partie de la plaie laissée libre, un tube de verre par lequel s'écoulent les liquides, et fait, s'il est nécessaire, les lavages avec le sulfite de soude. On peut employer dans le même but l'eau tiède, l'eau iodée.

Si une hémorrhagie se déclarait après l'opération ou dans les jours qui suivent, et que le sang s'accumulât dans le cul-de-sac rétro-utérin, il faudrait enlever les points de suture et aller à la recherche du vaisseau ouvert, pour arrêter l'hémorrhagie d'abord et ensuite pour débarrasser la cavité abdominale des caillots san-

guins, qui ne manqueraient pas d'entraîner la mort de la malade par leur décomposition.

L'une des causes les plus fréquentes des hémorrhagies consécutives est la rentrée tardive du pédicule dans l'abdomen. C'est ce qui arriva à M. Demarquay lorsqu'il pratiqua, à Saint-Germain, la première opération faite en France d'après la méthode anglaise rapportée par M. Nélaton.

S'il survenait une tympanite considérable et rebelle aux moyens ordinaires, on aurait recours à la ponction de l'intestin avec un trocart explorateur.

On traitera enfin les autres accidents par les moyens appropriés, et la malade ne devra se lever qu'après la chute de toutes les ligatures.

2° *Opération de l'ovariotomie dans les cas compliqués.*— L'opération de l'ovariotomie, telle que nous venons de la décrire, est sans doute toujours délicate à pratiquer, à cause de la multiplicité des détails, mais elle se fait avec une grande facilité dans les cas simples et demande d'une demi-heure à une heure au plus, tout en y employant une sage lenteur. Mais il n'en est pas ainsi dans les cas compliqués d'adhérences, où l'opération devient d'une difficulté telle, que des chirurgiens dont l'expérience était consommée ont dû la laisser inachevée.

Lors donc que le kyste a été ponctionné et que les tractions exercées sur la poche ne peuvent parvenir à le faire sortir, si le volume d'une loge non encore ponctionnée ne met pas obstacle à l'extraction, c'est qu'il existe des adhérences. Le chirurgien agrandira aussitôt l'incision de la paroi abdominale, en la prolongeant assez haut pour se rendre compte de l'obstacle. Il introduira sa main dans la cavité abdominale et, parcourant la surface du kyste, prendra ainsi une notion du nombre, de l'étendue, du siége et de la qualité des adhérences. Celles-ci peuvent être péritonéales, épiploïques, intestinales ou pariétales ; elles peuvent unir le kyste au foie, au rein, à la rate, à l'utérus, au rectum.

Les adhérences peuvent être très-légères et céder de suite à la plus légère pression de la main ou des doigts; mais pour peu qu'elles résistent, il ne faut pas insister, car on courrait risque de déchirer le péritoine ou les viscères adhérents, ce qu'il faut soigneusement éviter.

Si les adhérences sont tellement étendues et solides que le chi-

rurgien craigne de ne pas mener son opération jusqu'au bout, on peut fendre le kyste comme on fend un abcès, introduire dans sa cavité une sonde à demeure, en obtenir ainsi l'évacuation et plus tard le retrait, à l'aide des lavages et des injections, méthode qui, du reste, a depuis longtemps compté des succès. C'est une triste nécessité, mais cela nous paraît beaucoup plus logique que de recoudre purement et simplement la paroi abdominale, en abandonnant la malade à la mort prochaine qui l'attend. M. Kœberlé déclare d'ailleurs que, dans aucun cas, si étendues que soient les adhérences, il n'a laissé inachevée une opération commencée.

Les adhérences ne doivent jamais être déchirées, mais décollées. Si le décollement est impossible, on divisera les adhérences avec les ciseaux ou le bistouri, mais entre deux ligatures. Nous avons déjà dit que M. Kœberlé, au lieu de ligatures, applique sur le vaisseau une petite pince qu'il laisse en place pendant quinze ou vingt minutes. Lorsqu'il retire la pince, si le suintement sanguin n'est pas arrêté, il touche la surface saignante avec la pulpe du doigt, trempé dans le perchlorure de fer concentré; à l'exemple des chirurgiens anglais, le chirurgien de Strasbourg donne la préférence aux très-petits cautères cutellaires pour diviser les adhérences. L'opérateur doit se rappeler que le résultat est compromis s'il laisse dans la cavité abdominale un vaisseau ouvert et donnant du sang; et comme, d'autre part, les ligatures sont une cause d'irritation et d'inflammation, il faut employer autant que possible les autres moyens hémostatiques : pression, torsion, cautérisation, etc. Si la paroi kystique adhérait tellement à une anse intestinale que la séparation en fût impossible, on couperait cette partie du kyste qu'on laisserait en place après avoir enlevé la membrane interne sécrétante. Telles sont, en résumé, les principales précautions à prendre dans le cas d'adhérences plus ou moins étendues.

Nous terminerons ce travail en disant que l'opération de l'ovariotomie ne mérite plus aujourd'hui les reproches qu'on lui adressait jadis. Les statistiques sont là pour répondre de son utilité. Elle doit donc être admise dans la pratiqne chirurgicale au même titre que la taille et les grandes amputations.

CHIMIE ET PHARMACIE

L'eucalyptus globulus.

Les eucalyptes sont de grands et beaux arbres que Lhéritier a placés dans la famille des myrtinées, icosandrie monoginie de Linné. Ils ont été découverts, au cap Van Diémen, par Labillardière, en 1792. On en compte trente variétés; leur croissance est très-rapide; leur bois est aussi dur que celui du chêne, ils conviennent non-seulement pour la charpente et les constructions navales, mais encore pour les ouvrages de menuiserie et d'ébénisterie.

Le mot *eucalypte* signifie en grec *bien coiffé*; leur caractère distinctif consiste dans l'espèce de coiffe qui couvre la fleur avant son épanouissement; elle tombe lorsque les étamines la poussent en se développant. Cette coiffe forme le limbe du calice, la base de celui-ci reste adhérente à l'ovaire; il n'y a point de corolle. Les étamines en grand nombre sont attachées au sommet du tube du calice. L'ovaire est infère, il porte un style et un stigmate simple; le fruit est une capsule à quatre loges polyspermes; les fleurs ont ordinairement une couleur jaune, elles forment des groupes ou cimes, ou bien elles viennent solitaires à l'aisselle des feuilles.

Ces arbres peuplent les forêts de la Nouvelle-Hollande. L'*eucalyptus globulus* (*eucalyptus globosa*, *eucalyptus viminalis*) a été transporté en Afrique; il y prospère à merveille. Cet arbre s'élève à plus de 30^{m},60; son tronc file droit; à la moitié de sa hauteur les branches se contournent en s'élevant; son écorce a une couleur grise foncée, elle repand une forte odeur résineuse. Les fleurs sont solitaires à l'aisselle des feuilles. Les feuilles sont cordiformes, de grandeurs diverses; il y en a qui ont plus de 12 centimètres de longueur sur 7 de largeur. Vingt de ces feuilles de 5 centimètres de longueur sur 4 de largeur pèsent, étant desséchées, 8 grammes, leur couleur est d'un gris blanc verdâtre à la surface, en dessous on les croirait enduites d'une poussière blanchâtre. Vues au microscope on y découvre des vésicules remplies d'huile essentielle; leur saveur est aromatique, analogue à la menthe poivrée un peu térébenthinée; à cette sensation succède une saveur douce, sucrée, légèrement amère.

Les feuilles de l'eucalyptus globulus sont en très-grande vogue dans certaines contrées de l'Espagne : à Cordoue, par exemple, on

les prescrit comme succédané du quinquina. M. Renard emploie dans cette ville un très-grand nombre d'ouvriers ; sitôt qu'ils se sentent atteints de la fièvre intermittente, il leur fait avaler trois fois par jour, dans un verre d'eau chaude ou froide, 1 gramme de cette feuille réduite en poudre ; quelques jours après le mieux se fait sentir, la fièvre a cessé.

Le 6 mars 1867 nous avons offert à la Société de pharmacie un flacon d'huile volatile retirée des feuilles de l'eucalyptus globulus.

Cette essence a une odeur pénétrante, aromatique, elle est incolore, d'une fétidité égale à celle de l'essence de menthe ; mise en contact avec l'acide nitrique, elle acquiert de la consistance en se révivifiant. Jouit-elle d'une action antipériodique ? L'essai n'en a pas été fait.

Il serait intéressant de savoir si les feuilles de l'eucalyptus globulus auraient chez nous la même propriété qu'en Espagne, ou plutôt si nos fièvres paludéennes céderaient à cet agent thérapeutique ; ce serait une grande économie pour la classe pauvre, car le sulfate de quinine est et sera encore longtemps d'un prix assez élevé, quoique nous n'ayons plus, comme il y a quelques années, la crainte de voir disparaître l'arbre précieux du quinquina. M. Soubeiran, qui s'occupe d'une manière spéciale de la question des cinchonas, nous apprend qu'on l'a introduit dans certaines colonies françaises, anglaises, hollandaises et espagnoles, et que, dans quelques-unes d'elles, il y a parfaitement réussi.

Stanislas Martin.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Du zona ou zoster et de son traitement par la pommade de belladone ;

Par le docteur Dauvergne père, médecin de l'hôpital de Manosque et des épidémies de l'arrondissement de Forcalquier, lauréat de l'Académie impériale de médecine, etc., etc.

Bien qu'il s'agisse d'une maladie généralement simple, le zoster (ζωστήρ, ceinture) n'en est pas moins encore une maladie obscure quant à sa nature et incertaine par son traitement. C'est pourquoi nous n'avons pas cru hors de propos d'exposer notre pra-

tique à son égard, essayant de débrouiller quelque peu le chaos des médications proposées.

Les incertitudes qui règnent à ce sujet dépendent, tous les praticiens peuvent l'avoir observé, de la différence dans la gravité de cette maladie suivant les sujets. Tandis que chez les uns ce n'est qu'une affection bénigne, elle est atroce chez d'autres : d'une durée insignifiante chez quelques personnes, elle est interminable chez plusieurs autres.

Ce qu'il y a de certain, c'est que courte, et légère ordinairement chez les enfants et les femmes jeunes, elle est rebelle et longue chez les vieillards. Je me rappelle avoir été affecté moi-même de cette éruption à l'âge de sept à huit ans, et après un premier jour de douleurs formicantes, plus désagréables que pénibles, le lendemain je ne ressentis plus rien. Au contraire, chez les vieillards, hommes ou femmes, j'en ai vu de fort douloureuses qui ont persisté plusieurs mois.

En disant plusieurs mois, j'entends les douleurs seulement; car celles-ci persévèrent quelquefois alors que les vésicules ont entièrement disparu et ne laissent même aucune trace. C'est cette particularité qui a fait classer cette affection par divers auteurs parmi les névroses. D'autres lui ont contesté cette nature, et nous croyons à bon droit, car l'origine de cette maladie tantôt légère, tantôt rebelle, ne peut guère avoir sa source dans un trouble fonctionnel des branches nerveuses, puisqu'elle se manifeste ordinairement tout d'abord par une vésication disséminée en grappes sur la peau naturelle ou sur des plaques érythémateuses. Circonstance qui avait fait ranger, à juste titre, par notre illustre maître Alibert, cette affection à côté de l'érythème et dans le groupe des eczèmes.

Rapprochement bien plus naturel que de le classer, comme l'école anglaise, parmi les herpès; puisque les Grecs avaient surtout entendu désigner par herpès (ἕρπω, ramper) les maladies qui s'étendent lentement : *tarde serpit*, dit Celse; tandis que Galien les désigne plus nettement encore : « Relicto priore loco transit ad alterum » et qu'Archigène, voulant exprimer la même pensée, disait : « Semper ad vicinos locos proserpit. » Paul d'Égine ne s'y trompe pas davantage, puisqu'il s'exprime de la manière suivante : « Autem magis in superficie hæret et varie figurata est et furfuracea « corpuscula remittit. (Voyez notre thèse inaugurale *de l'Inflammation dartreuse et de l'historique des dartres depuis les temps hippocratiques jusqu'à nos jours*. Paris, 1833.)

Pourquoi, maintenant que la justice se fait, qu'on revient au principe primordial d'Alibert surtout MM. Hardy et Bazin, en classant les dermatoses suivant leur nature plutôt que d'après leurs éléments anatomiques, n'arrive-t-on enfin à rétablir complétement aussi toutes choses dans leur ordre et suivant le langage déjà consacré ? Passe, si l'école anglaise avait trouvé un néologisme perfectionné ! Mais elle s'est servie de l'ancien langage en lui assignant des places différentes et surtout de fausses significations. Elle a ici particulièrement tout confondu, tout embrouillé, puisqu'elle regarde comme un herpès, qui est au contraire une maladie, « qui « tarde serpit, qui relicto priore loco transit ad alterum » une affection qui surgit tout à coup, et qui précisément meurt là où elle naît. Elle a même ainsi dévié l'observation de la véritable nature du zoster qui, s'il n'est pas toujours un simple eczème, l'est souvent ; tandis que lorsqu'il se montre avec une ténacité particulière, on peut attribuer celle-ci à la diversité des sujets et au siége spécial de ses altérations anatomiques. Ce qui n'enlève rien de son origine hyperémique primitive et n'en fait qu'une variété de l'espèce.

En effet, si quelques auteurs ont voulu classer le zoster parmi les névroses, c'est que les vésicules, soit qu'elles existent encore et alors surtout qu'elles ont disparu, ne peuvent rendre raison des douleurs pénibles, brûlantes, acérées, atroces, réflexes quelquefois, qu'accusent les malades. Mais toutes ces incertitudes cessent d'exister, si l'on en place le siége parmi les papilles nerveuses de la peau, comme le fait Alibert.

Comment expliquer autrement de telles douleurs qui persistent alors que toute lésion a disparu sans admettre une altération concomitante de la trame sensible de la peau ? Un tel siége explique alors parfaitement aussi les complications névropathiques éloignées réflexes, qui surviennent. Qui a-t-il d'étonnant qu'une douleur partant de l'épanouissement périphérique des radicules nerveuses, se propage, par sa durée d'un mois ou de plusieurs, par sa persistance nuit et jour, de proche en proche, des radicules aux branches, des branches aux troncs, et ne puisse ainsi envahir par les anastomoses tout le système sensible et par lui troubler les principales fonctions ?

Point n'est besoin d'admettre une nature primitive névralgique pour expliquer tous ces phénomènes ! Encore moins d'y reconnaître une sorte d'hémiplégie comme J. Franck, parce que cet

eczème n'affecte qu'une moitié du corps. C'est bien, si l'on veut, un *hémizoster*, mais ce n'est là qu'une particularité inconnue ; tandis que la cause de l'hémiplégie est parfaitement connue par une lésion anatomique qui intercepte l'influx nerveux du centre à la périphérie. L'une et l'autre ne sont d'ailleurs pas des névroses, et s'il y a quelques rapports entre elles, c'est que chacune dépend d'une altération primitive et anatomique, atteignant le système nerveux : l'une au centre, l'autre à la périphérie.

Serait-ce alors que le zoster n'affecte qu'un côté précisément, parce qu'il siége sur les papilles nerveuses émanant de l'une des branches nerveuses rachidiennes ? Nul doute, que si cette hypothèse pouvait être prouvée on ne se rendît mieux compte de cette singulière affection qui, d'ordinaire, pour ne pas dire toujours, ne dépasse jamais les lignes antérieures et postérieures du corps, de même qu'elle siége toujours sur le torse, ou du moins y appuie par l'une de ses extrémités comme les nerfs qui sortent des trous de conjugaisons rachidiens et sacrés. Alors, peut-être pourrait-on s'expliquer comment il est des zosters douloureux, persistants, et d'autres qui ne le sont pas, suivant que l'eczème aurait atteint et particulièrement influencé les nerfs des racines postérieures sensibles de la moelle ou les nerfs des racines antérieures qui ne sont destinés qu'à la motilité et qui sont insensibles comme l'ont prouvé Ch. Bell et M. Longet.

Mais tout ceci ne serait que des curiosités pathologiques, ce qu'il importe en pratique, c'est de se faire une idée juste des connexions que cet eczème peut avoir avec le système nerveux, que celui-ci même soit affecté primitivement ou secondairement.

A entendre certains auteurs, à expliquer même quelques observations, la douleur névralgique précéderait l'eczème ; mais le plus souvent c'est le contraire qui a lieu : l'eczème a disparu, et les douleurs persistent. Toutefois une telle discussion scientifique ne saurait entraver l'art, dès l'instant qu'on établit le siége de l'eczème sur les radicules nerveuses, et que l'on admet les conséquences névropathiques qui peuvent dépendre de cette condition anatomique. Ceci expliquerait même les cas où les phénomènes eczémateux constituent à peu près seuls toute la maladie, de ceux où l'inflammation cutanée réveille les douleurs nerveuses, et mettrait enfin d'accord les opinions des auteurs sur le traitement de cette affection.

En effet, tandis que, à bon droit, M. Chausit, défendant les

principes de M. Cazenave, ne voit qu'une inflammation spécifiquo, si l'on veut, cédant à de simples topiques, tels que l'amidon et du papier brouillard imbibé d'huile, M. Hervez de Chégoin y trouve une névralgie intercostale et adoptant une sorte de méthode ectroctique, applique des vésicatoires; d'autres préconisent le sulfate de fer, le collodion, des cautérisations avec l'azotate d'argent, etc., et prétendent ainsi éviter aux malades les longues douleurs que le zoster pourrait entraîner.

Mais, dit justement M. Chausit, qui a prouvé qu'avec ou sans ce traitement les douleurs consécutives seraient survenues, puisque nous en voyons où elles ne surviennent pas? Assurément, rien de plus logique qu'un pareil raisonnement, auquel on pourrait ajouter qu'on a vu d'autres cas où cette méthode perturbatrice n'a pas empêché les douleurs de se manifester, tandis qu'elle exaspère celle du moment.

Il faut donc revenir, avec tous les éléments de la question, à l'observation clinique aidée des données pathogéniques les plus rationnelles, pour instituer un traitement efficace, non pas dans certains cas, mais dans la généralité des cas. Or, si M. Chausit a raison de dire que personne n'a prouvé jusqu'ici si un traitement employé a pu conjurer des douleurs qui peuvent ne pas survenir, il est également certain que si l'on en trouve un qui diminue ces douleurs, ou les détruise lorsqu'elles sont survenues, il est probable aussi qu'il aura grande chance de les prévenir. Dès lors, il sera doublement logique de l'employer, et pour atténuer les douleurs du moment, et pour éviter celles, tout éventuelles qu'elles sont qui pourraient se montrer. Dans ce cas, il me semble que les sentiments humanitaires nous en feraient un devoir.

Voici toutefois ce que l'observation m'a appris. D'abord, il est suffisamment démontré que les émollients, de quelque nature qu'ils soient, au lieu de calmer les douleurs et les phénomènes inflammatoires du zoster, ne font que les exaspérer. Que cette particularité dépende de la nature de cet eczème ou de ses connexions anatomiques avec le système nerveux cutané, le fait est entièrement acquis à la pratique.

Il en est à peu près de même de tous les traitements généraux, sauf les complications, que l'on rencontre d'ailleurs très-rarement. J'ai vu cependant des zosters débutant par une fièvre violente, et se traduisant par un embarras gastrique. La diète alors et un émétocathartique, secondés par des boissons abondantes, en font promp-

tement justice. Mais le plus souvent, à part un peu d'anorexie, l'invasion du zoster a peu de retentissement sur les appareils de la vie organique : tout se limite d'ordinaire à l'éruption et à la douleur.

Ce n'est que la persistance de celle-ci qui, finissant par agacer tout le système sensible, amène, chez certains sujets prédisposés peut-être par leur âge ou leur constitution, des troubles nerveux généraux, auxquels on ne remédie malheureusement que fort peu si la douleur locale n'est pas atteinte elle-même. Témoin l'observation du professeur Forget, que nous citerons plus bas. Le problème consiste donc à s'opposer à la manifestation de ces troubles névropathiques en éteignant sur place les douleurs qui peuvent les produire, ou qui déjà les ont produits.

C'est le but que se proposent en effet tous les traitements abortifs recommandés, surtout ceux de M. Hervez de Chégoin, par les vésicatoires; d'Alibert et de Velpeau, par les cautérisations à l'azotate d'argent, et tout dernièrement par le sulfate de fer, le perchlorure de fer et le collodion, qu'ont proclamé successivement MM. Fenger (de Copenhague), Ossieur (de Bruxelles), Debout et Devergie.

Cependant, rien de tout cela ne m'a paru aussi merveilleux qu'on le disait, et voici ce que l'observation m'a manifesté :

Un vieillard qui était, il y a plusieurs années, dans les salles de l'hôpital de Manosque, présentait un zoster sur l'épaule droite. Je le cautérisai deux ou trois fois avec le crayon d'azotate d'argent que j'avais vu employer et préconiser par Alibert, mais les douleurs consécutives ne furent pas conjurées. Cet homme se plaignait cruellement de ses douleurs, trois mois après, bien qu'il n'y eût depuis longtemps plus trace de l'eczème; découragé alors, par les leçons mêmes de mon illustre maître, qui n'avait foi qu'à sa méthode ectrotique, j'abandonnai la maladie à elle-même et ne sus pas au juste quand elle a pu finir.

Quelques années après, une vieille femme est affectée du zoster sur le cou, et, toujours dans le même découragement, je le manifestai à ma malade, qui, refusant les cautérisations, se borna à des embrocations huileuses que je lui conseillai. Mais n'en éprouvant aucun soulagement elle voulut, malgré mes avertissements, essayer divers cataplasmes émollients, de riz, de fécule de pommes de terre, des lotions d'eau de son, de pavots, qui exaspérèrent les douleurs. Reconnaissant alors la vérité de ce que je lui avais prédit, elle n'en demandait pas moins un moyen pour calmer ses souffrances, tout en refusant toujours les cautérisations avec la pierre infernale qui

l'effrayait, et cela quoique je lui en vantasse les effets, en lui disant qu'elle était si peu redoutable qu'Alibert, par antithèse, l'appelait *céleste* dans ses conversations familières. Alors, pour tenter quelque chose, pendant que les vésicules n'avaient laissé que quelques débris épidermatiques, il me vint à l'idée d'employer une pommade de belladone : 30 grammes d'axonge pour 5 d'extrait de cette solanée. Le soulagement fut marqué le premier jour et dans huit toute douleur avait disparu.

L'an dernier, M. B***, homme de trente-cinq ans, est pris du côté gauche, depuis la région lombaire jusqu'à l'ombilic, de grappes de vésicules de zoster. Aussitôt j'emploie ma pommade, qui calme les douleurs, sans cependant les faire disparaître. Au troisième jour il me souvint des merveilles qu'on avait attribuées au collodion et je substituai aussitôt à la pommade une couche de la solution éthérée de coton-poudre, sur laquelle j'en ajoutai successivement une seconde et une troisième. Mais le malade, loin d'être soulagé accuse des douleurs plus vives et réclame la pommade primitive qui, disait-il, le calmait bien davantage. J'arrête donc les couches de collodion et lorsque des parcelles se fendillent et se détachent on les remplace par la pommade, puis à la chute de l'agglutinatif que le malade lui-même favorise, toute la partie est recouverte de nouveau de la pommade narcotique. Sur celle-ci on applique un linge fin, qui est toujours le même, puis une feuille de coton cardé et une ceinture suffisamment serrée afin que les mouvements du corps n'occasionnent pas des frottements douloureux, et peu à peu les douleurs s'apaisèrent. Les vésicules qui à cette époque n'étaient pas encore toutes crevées, ni leur base inflammatoire résolue, se flétrirent et se desséchèrent en quelques jours ; les douleurs se calmèrent peu à peu et finirent par disparaître insensiblement.

Enfin je crus remarquer ici et la longueur que les vésicules mirent à se dessécher, et le fait qu'aussitôt qu'il y en eut quelques-unes de déchirées, l'action sédative du remède fut beaucoup plus prononcée. Faudrait-il donc, au lieu de redouter la rupture de ces vésicules, comme le font divers auteurs, la favoriser, afin que le médicament agisse plus immédiatement comme par un procédé endermique ? C'est une question qu'il s'agit encore d'élucider.

Tout dernièrement une femme d'une cinquantaine d'années, grasse et à peau souple et blanche, est prise d'une fièvre violente, avec toux et douleur sur le côté gauche. La langue est sale et la douleur profonde qu'elle accuse ne me fait nullement soupçonner

l'éruption eczémateuse du zoster. Je crois plutôt au début d'une pleuro-pneumonie et je lui prescris, selon mon habitude en pareil cas, une potion au kermès et à la digitale, qui amène des selles abondantes, et la résolution de la fièvre le lendemain. Alors elle se plaint de picotements particuliers sur la peau du côté, et je vois poindre en effet quelques vésicules par plaques, qui ne dépassent ni le rachis, ni la ligne blanche. Je lui ordonne aussitôt la pommade belladonée, et dans cinq jours elle vaque à ses affaires et n'accuse que des douleurs insignifiantes.

Maintenant M. Chausit aurait-il le droit de dire aussi de ma médication ce qu'il dit en général des traitements abortifs, c'est-à-dire, « si l'on n'attribue pas gratuitement à l'influence du remède la disparition ou l'absence d'un symptôme qui devait soit cesser naturellement, soit ne pas se manifester?» (*Bull. de Thérap.*, t. LXI, p. 148.)

Je ne saurais le penser, puisqu'on voit chez la vieille femme qui était sortie de l'inflammation eczémateuse, chez laquelle il n'y avait plus que quelques traces de vésicules, la douleur persister avec une très-grande vivacité, céder aussitôt et puis disparaître progressivement par l'action du remède ; puisque l'on voit chez M. B*** les douleurs, calmées d'abord par ce moyen, reparaître très-vives sous l'influence du collodion, puis se calmer de nouveau à la reprise des applications belladonées.

Tout au plus la logique de M. Chausit porterait-elle sur la femme de cinquante ans. D'autant que celle-ci avait la peau fine, souple, presque de la jeunesse, et, comme je l'ai dit, le zoster est d'autant moins douloureux et parcourt plus rapidement ses périodes qu'il s'agit d'un sujet plus jeune. Je pourrais ajouter que chez les personnes maigres, à peau flasque, ridée et sèche, il est ordinairement, sinon toujours, comme chez les vieillards, plus douloureux et plus tenace. Or la vieille femme citée était un double type de cette nature et n'en fut pas moins aussitôt soulagée et rapidement guérie.

Toutefois les succès que je signale ne sauraient égaler ceux que MM. Baudon et Gressy attribuent au perchlorure de fer, qui, du jour au lendemain, débarrasserait de l'affection vésiculeuse et de ses douleurs consécutives.

Cependant, quoique je ne conteste en aucune manière de tels résultats, je puis me demander à bon droit :

1° Pourquoi M. Baudon, dans quelques cas, associe-t-il le laudanum au perchlorure ?

2° N'en serait-il pas de cette méthode ectroctique comme des autres, notamment celle des vésicatoires justement contestée par M. Chausit ?

Encore ce dernier pathologiste ne connaissait pas l'observation qu'un savant collaborateur du *Bulletin*, le professeur Forget, de Strasbourg, avec qui j'avais lié des relations scientifiques très-bienveillantes, mais trop rapidement arrêtées par une mort anticipée, insérait un an après dans ce même journal. Il s'agit d'un colonel, sur le côté duquel on appliqua avant l'eczème vésiculaire un vésicatoire, autour de qui ensuite des vésicules se développèrent. De là de vives récriminations du malade qui accusait le médecin et son remède de lui avoir occasionné ce nouveau mal. Ces réclamations furent d'autant plus acerbes, que le docte professeur ne parvint ni à innocenter le médecin qui avait fait cette prescription, ni à soulager le malade chez lequel les douleurs résistèrent à tous les moyens. Si bien que des médecins de Toulouse, qui eurent à traiter le colonel par suite de son changement, ne réussirent pas mieux que le professeur de Strasbourg. Les douleurs furent même si affreuses, que cet officier supérieur, « las de souffrir et enclin au suicide par son humeur atrabilaire, se brûla la cervelle. » (*Bull. de Thérap.*, t. LXI, p. 338.) D'où il suit que nous ne saurions mieux conclure qu'en répétant avec l'illustre professeur que « le vésicatoire pourrait bien être une illusion aussi bien que les autres modificateurs (nitrate d'argent, collodion, glycérine, etc...) ; que dans tous les cas, il y a peu à gagner dans l'emploi de ces prétendus remèdes. » (*Ibid.*, p. 340.)

De là la justification de notre bien simple et bien anodine pommade de belladone, qui a non-seulement pour elle une certaine sanction clinique, mais encore cette raison scientifique, que tout en agissant probablement sur l'hyperémie eczémateuse, puisqu'on a reconnu à cette solanée la propriété d'exciter la contractilité fibrillaire et par suite celle des *vasa vasorum* ; elle a incontestablement la propriété de stupéfier le système nerveux endolori, comme le prouvent les excellents résultats obtenus avec l'atropine dans les névralgies les plus douloureuses.

En pommade, par sa qualité de corps gras, elle a encore l'avantage d'abriter les vésicules de l'eczème des frottements douloureux, et doit être préférée à l'amidon et à l'huile que préconisent M. Cazenave et ses élèves ; car elle remplit à coup sûr le même but en présentant de nouveaux avantages.

Devrait-on mettre au même rang le traitement par l'huile d'amandes douces et le chloroforme, que le docteur Crépinel proclamait en 1865 devant la Société médicale de l'Aube? Les praticiens pourront en juger! Bien qu'il y ait ici certaine analogie, je redouterais l'action du chloroforme d'abord comme trop vive, ensuite comme trop fugace; mais l'expérience seule peut en décider.

Enfin, devant les résultats si merveilleux, proclamés par MM. Baudon et Gressy, sur les applications du perchlorure de fer et les bons effets que nous en avons retirés nous-même, ainsi qu'un jeune et très-estimable confrère, M. Feriaud de Laverdière, sur les érysipèles et quelques autres affections de la peau, devant encore cette particularité que nous avons cru remarquer : que la pommade belladonée paraissait surtout agir lorsque les vésicules du zoster étaient rompues, peut-être faudrait-il recourir d'abord au badigeonnage de la solution ferrique, et si les douleurs ne cessent pas, alors que les vésicules auraient été desséchées et comme momifiées par le sel de fer, faudrait-il, disons-nous, en venir à notre pommade de belladone? C'est encore l'expérience ultérieure qui doit se prononcer ici. C'est pourquoi, nous avons cru devoir mettre ainsi dans un seul tableau tous les éléments du problème, afin qu'il fût plus facile de le résoudre entièrement.

En effet, la médecine, qui s'efforce aujourd'hui à prendre le rang de science, ne peut se borner à inscrire les résultats des divers traitements. Il faut qu'elle cherche le meilleur entre tous, et qu'elle s'occupe autant d'en trouver de nouveaux, qu'à éliminer ceux qui n'ont ni la même valeur ni la même raison de figurer à titre égal, dans la thérapeutique des maladies. C'est vers ce but que nous avons toujours dirigé nos études et nos travaux, et espérons, par conséquent, que celui-ci servira à apporter au moins quelque ordre au traitement si incertain et si confus de l'eczème zoster.

BIBLIOGRAPHIE.

Clinique photographique de l'hôpital Saint-Louis, par le professeur Hardy et M. de Montméja.

Il semble au premier abord que rien ne soit plus facile que l'étude des affections cutanées. Visibles et palpables elles sont sous la

main et sous les yeux de l'observateur ; il semble suffire de les avoir vues pour les reconnaître ; malheureusement il n'en est pas ainsi. A mesure qu'on pénètre dans l'étude des affections de la peau, on arrive à se convaincre que rien n'est plus difficile, non-seulement à traiter, mais à reconnaître, que les dermatoses ; et, du reste, les efforts si souvent infructueux de tant de médecins distingués pour jeter la lumière dans les ténèbres de la dermatologie, viennent bien à l'appui de ce que nous avançons. Une des principales causes des difficultés auxquelles se heurtent non-seulement les élèves, mais aussi beaucoup de maîtres, consiste dans la complication et les associations des affections entre elles. Si les fièvres éruptives et un certain nombre d'affections cutanées obéissent à un type invariable, il n'en est plus de même pour les vraies dartres, c'est-à-dire pour les maladies de la peau liées à un état constitutionnel. La classification de Willan, si simple dans son mécanisme, ne s'adresse ainsi à la maladie qu'à son état de simplicité. Quelle différence n'y a-t-il pas au point de vue seul du diagnostic entre l'eczéma variqueux par exemple et la gourme d'un scrofuleux ? Les affections cutanées, à part de rares exceptions, dévient trop vite de leur type primitif; elles se métamorphosent trop promptement pour qu'il soit possible de les circonscrire dans la classification willanique. Un atlas dans lequel on représenterait toutes les affections cutanées observables, avec leur physionomie spéciale, leurs degrés, leurs caractères, selon la diathèse, la maladie constitutionnelle qui leur a donné naissance, selon le tempérament, la constitution sur laquelle elles s'établissent, cet atlas-là ne dispenserait certes pas de l'étude clinique des maladies de la peau, mais il rendrait de grands services et faciliterait beaucoup le diagnostic des affections cutanées. Pour rendre les maladies de la peau avec leur physionomie si variable, si indescriptible, il faut non-seulement être peintre, mais surtout médecin ; et c'est bien ce qu'ont compris les auteurs de l'atlas que nous avons actuellement sous les yeux. S'adresser à la photographie, c'est-à-dire à la reproduction minutieusement exacte de toute espèce d'objet, c'est évidemment se rapprocher le plus possible de la nature, et nous ne saurions trop louer certaines planches purement photographiques, telles que l'éléphantiasis, le nœvus, l'icthyose noire; mais malheureusement la photographie ne remplace que le dessin ; elle réclame l'aide de la peinture. C'est M. de Montméja qui s'est chargé de tenir le pinceau ; et, d'une façon générale, ses efforts ont été assez heureux; ainsi il a parfaitement réussi pour le favus,

l'eczéma des jambes, le psoriasis, etc.; mais nous aurions désiré plus d'exactitude pour un certain nombre d'autres planches; ainsi, par exemple, toutes les syphilides sont presque méconnaissables; la couleur cuivrée caractéristique est remplacée par une teinte de cinabre qui ne nous paraît pas exacte; le lupus n'est pas assez livide, etc. Quant au texte de l'ouvrage, il est écrit par M. le professeur Hardy. Nous regrettons qu'il soit aussi abrégé, car on y trouve les caractères de précision et d'élégance descriptive qui distinguent ce savant médecin. Nous ne considérons donc cet ouvrage que comme un jalon, comme un premier essai réussi de la photographie appliquée à la représentation des affections cutanées; car, à notre avis, pour qu'un atlas des maladies de la peau puisse remplir son but, il doit présenter les affections cutanées à toutes les phases de leur contenu et avec les caractères composites et polymorphes qui les rendent si difficiles à reconnaître, comme nous l'avons dit plus haut. L'hôpital Saint-Louis est une mine épuisable pour l'étude des maladies de la peau, et si chaque médecin veut contribuer à enrichir le musée de l'hôpital avec des pièces anatomiques aussi admirables que celles qu'on y exécute actuellement; si chacun appelant le dessin ou la photographie à son aide veut bien apporter sa part à l'édification d'un atlas universel de dermatologie, nous ne doutons pas que la lumière ne se fasse et qu'on n'arrive bientôt à tomber d'accord sur le diagnostic et le traitement d'une maladie de la peau aussi bien que s'il s'agissait d'une maladie de poitrine, d'une fracture ou d'une luxation.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Phlegmon diffus du bras consécutif a une saignée pratiquée sur un albuminurique (1), par le professeur Verneuil. — Le développement d'accidents graves à la suite de blessures insignifiantes et d'opérations légères, la saignée en particulier, a été observé bien des fois, mais n'a pas toujours reçu d'interprétation satisfaisante.

Pour la phlébotomie, on a accusé la lancette d'avoir inoculé une substance septique, et l'on s'est contenté d'ordinaire de cette expli-

(1) Lu à la Société de chirurgie.

cation contre laquelle proteste naturellement le propriétaire de l'instrument. J'admets cette cause, mais il est clair qu'elle ne peut être invoquée que dans des cas exceptionuels, et qu'il faut chercher simultanément, dans l'état général du sujet et dans le milieu qu'il occupe, la raison plus acceptable de l'invasion des accidents.

L'étude du diabète a commencé à ouvrir les yeux sur cette influence générale. Il est aujourd'hui démontré que chez les glycosuriques la moindre égratignure peut amener des inflammations phlegmoneuses ou gangréneuses de mauvaise nature, qui, en dépit du traitement le plus actif, se terminent fatalement en quelques jours ou en quelques semaines au plus.

Mais l'altération du sang par la glucose n'est point seule capable d'entraîner ces morts inattendues.

L'alcoolisme est tout aussi redoutable. J'ai vu plusieurs fois de petites plaies des membres inférieurs amener, chez des sujets très-vigoureux, des angioleucites que rien ne pouvait entraver et qui se terminaient rapidement avec tous les symptômes du délirium tremens le plus grave.

La relation qui existe entre la glycosurie et l'albuminurie pouvait faire prévoir que cette dernière affection influencerait tout aussi défavorablement la marche des lésions traumatiques et prédisposerait au développement d'inflammations diffuses de mauvaise nature.

En effet, M. Gubler, dans l'article ALBUMINURIE du *Dictionnaire encyclopédique* (p. 502), note explicitement cette propension funeste. On voit apparaître des eschares tantôt spontanées, tantôt succédant à la moindre écorchure, à une légère brûlure, aux piqûres, aux scarifications qu'on pratique contre l'œdème.

Le fait suivant, observé avec attention, montre que, comme chez les diabétiques, la saignée peut occasionner, en cas d'albuminurie, un phlegmon des plus graves.

V***, trente-quatre ans, Belge, carrier, de bonne constitution, entré à Lariboisière le 16 décembre 1868, salle Saint-Augustin, n° 8 (1).

Cet homme, dont l'intelligence est fort obtuse, fournit les renseignements suivants. Il a toujours joui d'une bonne santé, mais sa profession l'expose à se refroidir alors que son corps est en sueur.

---

(1) Les détails de cette observation ont été recueillis par M. Morel d'Arleux, élève stagiaire du service.

Il dit être sobre, ne boire jamais d'eau-de-vie et consommer à peine, avec sa femme, un litre de vin par jour.

En novembre 1868, il s'est foulé le poignet et a gardé le repos pendant quelques jours. Vers la fin du mois et sans cause connue, il accuse du malaise et constate que sa face et tout son corps présentent un léger gonflement.

Une sage-femme lui promet de le guérir et lui pratique une saignée du bras, probablement le 1er décembre. V*** rentre chez lui et ressent dès le lendemain, dans le bras, des douleurs vives accompagnées d'une tuméfaction considérable; un phlegmon diffus se déclare et suit sa marche sans autre secours que des applications de cataplasmes.

Un médecin, appelé alors que le membre est parsemé d'eschares, se contente de pratiquer des injections. Il attribue l'accident à l'impureté de la lancette et l'affirme dans un certificat que nous avons eu sous les yeux.

Voici ce que nous constatons lors de l'entrée du malade :

Vaste phlegmon diffus du bras gauche envahissant le bras jusqu'à l'insertion du deltoïde et la moitié supérieure de l'avant-bras. Il est resté confiné dans la couche sous-cutanée. Huit ouvertures, dont plusieurs offrent de 4 à 5 centimètres d'étendue, livrent passage à des flots de pus et à des lambeaux de tissu cellulaire mortifié. La peau est largement décollée dans les intervalles.

L'état général est mauvais. Face pâle, lèvres décolorées, expression d'hébétude. Pouls petit, fréquent, peau chaude sans sécheresse, un peu de constipation, ventre souple; cependant la langue est humide et le malade réclame avec des larmes de la nourriture dont on l'a privé depuis plusieurs jours. On prescrit un purgatif, l'excision des débris sphacélés et des injections chlorurées.

Le lendemain on examine les urines qui sont d'un brun sale et renferment manifestement une certaine proportion de sang. Elles contiennent une forte proportion d'albumine. Le précipité obtenu s'accumule au fond du tube et en remplit environ le quart. C'est alors que l'on recueille les antécédents qui prouvent l'existence d'une albuminurie antérieure à la saignée. On ne trouve de glycose ni alors ni dans les examens suivants.

On prescrit des bains de bras d'une heure deux fois par jour, des badigeonnages iodés aux limites du phlegmon, des cataplasmes émollients. Repos au lit. Alimentation substantielle que le malade affamé réclame toujours avec ardeur.

Le 23, les urines ont toujours conservé la même coloration, l'albumine a cependant diminué.

Le 24, poussée érythémateuse couvrant tout le bras avec douleurs. Malaise et fièvre. Point de bourrelet périphérique comme dans l'érysipèle. Teinte livide de la peau envahie. Même teinte des bourgeons charnus. Suppuration diminuée et de mauvaise nature. Purgatif.

A deux reprises différentes, ces poussées érythémateuses se reproduisent, et chaque fois l'urine devient simultanément plus sombre et plus chargée d'albumine.

Les forces, que l'alimentation avait paru rétablir, baissent sensiblement, la langue se sèche, l'appétit disparaît. Soif vive. Nausées soir et matin. Frissons erratiques. Œdème des pieds et des jambes. Un peu de bouffissure de la face. Ballonnement du ventre; peut-être un peu d'ascite. Mauvais aspect du bras gauche, nulle tendance à la cicatrisation malgré les pansements les plus minutieux. Le cœur, le foie sont examinés avec soin, et nous ne trouvons rien. La palpation dans la région rénale est à peine douloureuse. Pour combattre la congestion rénale et l'albuminurie, on prescrit, le 20 décembre, le tannin à la dose de 1 gramme et 125 grammes de vin de quinquina.

Cette médication modifia de la manière la plus prompte et la plus favorable l'état local et aussi les urines, car depuis longtemps, tout en renfermant encore beaucoup d'albumine, elles ont repris une limpidité parfaite.

Au bras, disparition complète du gonflement, de la rougeur et des douleurs. Les poussées érythémateuses ont cessé. La suppuration s'est presque tarie, et la peau s'est recollée en quelques jours. Les perforations de petite dimension se sont rapidement comblées, puis cicatrisées. Il ne reste que trois plaies d'ailleurs fort réduites et recouvertes de bourgeons charnus d'assez bon aspect qui fournissent à peine quelques grammes de pus.

Ce changement dans l'état local a été des plus surprenants, et aujourd'hui les vestiges du phlegmon diffus sont presque insignifiants.

Malheureusement, la maladie générale n'a pas suivi une marche aussi favorable : l'œdème s'est généralisé. Il existe actuellement une ascite volumineuse; les fonctions digestives sont languissantes, et il a paru nécessaire de supprimer le tannin après huit jours. 25 janvier.

On administre en ce moment un peu de quinquina; les frictions sèches sur toute la surface du corps, matin et soir; les bains de vapeur tous les deux jours.

Le malade est triste et abattu. Souvent somnolent, toujours indifférent. Il n'accuse aucune douleur et soupire seulement après le retour de ses forces et de son appétit. Tout porte à croire que l'état cachectique dans lequel il se trouve se terminera prochainement par la mort.

Je pourrais commenter longuement cette observation, si je voulais discuter complétement les rapports qui existent entre les lésions traumatiques et l'albuminurie, à savoir l'influence que celle-ci, existant antérieurement, exerce sur la marche de la réparation organique et sur les accidents qui traversent le cours de la cicatrisation, et réciproquement la part que prennent les blessures et les opérations à la production de l'albuminurie. Mais ce débat serait prématuré en raison du trop petit nombre de faits bien observés que nous possédons. J'ai vu, pour ma part, quelques cas où la coïncidence a été évidente, mais j'ai, à mon grand regret, négligé d'en prendre la relation complète.

J'ai pratiqué la résection de l'épaule, presque *in extremis*, à un vieillard épuisé par la suppuration et qui était en même temps albuminurique. Il a succombé promptement.

J'ai fait la résection sous-périostée de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil sur un jeune homme qui, pendant le cours de la cicatrisation, a été pris d'albuminurie aiguë, que quelques grammes de tannin ont facilement dissipée.

Deux fois dans le cours de maladies graves des voies urinaires, j'ai vu se développer des albuminuries également passagères; l'une, cependant, a duré trois mois.

Dans un cas, il s'agissait d'une rétention d'urine chez un vieillard à grosse prostate. On avait fait dans le canal plusieurs fausses routes.

Dans l'autre, un calcul avait amené des désordres locaux et des symptômes généraux des plus graves. La taille médiane avec lithotritie périnéale amena la guérison; mais pendant la convalescence l'urine se chargea d'albumine pendant trois ou quatre semaines.

La relation entre les opérations et la néphrite albumineuse a été déjà, du reste, signalée par Rosenstein (Jaccoud, *Clinique médicale*, p. 647), et Billroth avance que l'albuminurie se développe dans

les suppurations osseuses de longue durée (Traduction française, 528, 545).

La question est donc posée, et il est à espérer qu'elle sera prochainement résolue, car elle intéresse à un haut degré le pronostic et les indications thérapeutiques et opératoires.

Dès à présent on peut, sans se compromettre, affirmer que la présence de l'albuminurie dans l'urine assombrit singulièrement le pronostic des lésions traumatiques et des opérations chirurgicales; que, par conséquent, elle doit imposer au praticien une grande réserve dans l'emploi de l'instrument tranchant. De la réserve à l'abstention complète, il y a loin, et je ne vais pas jusqu'à dire qu'il faut rejeter toute opération en pareil cas. L'urgence en certains cas fait taire tous les scrupules. C'est ainsi que, l'été dernier, j'ai pratiqué une trachéotomie sur un enfant de dix ans, en état d'anasarque albuminurique, consécutif à une scarlatine grave. Contre mes prévisions, l'opération a réussi, et je dois dire même que la plaie a suivi ses phases d'une manière tout à fait normale; ce qui prouve, une fois de plus, qu'en pratique il n'existe guère de règle absolue.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Du bromure de potassium employé dans le traitement de l'épilepsie. La thèse de M. A. Goubeau, soutenue à Strasbourg, fait connaître les essais thérapeutiques tentés à la clinique de M. le professeur Hirtz pour le traitement de l'épilepsie par le bromure de potassium. Les débuts ont donné les plus belles espérances: plus tard les déceptions n'ont pas manqué; trop souvent les malades, que l'on croyait guéris complétement, revenaient, au bout de quelques mois, constater l'impuissance du médicament. Cependant des résultats avantageux ont aussi été observés; si le bromure ne fait pas disparaître cette triste maladie, il peut en atténuer les accès et en diminuer la fréquence, et ici, comme pour tous les médicaments, il était utile d'établir la spécialité des indications.

C'est M. Pourchet, de Montpellier, qui a d'abord expérimenté contre l'épilepsie le bromure de potassium. La partie historique de la thèse présente une analyse des recherches nombreuses entreprises en France et à l'étranger, et qui ont successivement étendu l'emploi de ce médicament à la plupart des névroses.

M. Goubeau s'occupe ensuite de l'action physiologique du bromure; c'est un modérateur du système nerveux, un calmant des organes génitaux; chez tous les malades, M. Hirtz a remarqué une aberration plus ou moins complète de la sensibilité réflexe du voile du palais et de la base de la langue.

La dernière partie de la thèse comprend le traitement de l'épilepsie; c'est la plus importante, elle est basée sur quatorze observations. L'auteur en conclut que le bromure de potassium est loin d'être un moyen infaillible : il échoue dans les épilepsies liées à des lésions cérébrales, congénitales

ou accidentelles et quand le début de la maladie remonte à de longues années. C'est contre l'épilepsie essentielle et récente, c'est-à-dire qui date au plus de cinq à six années, qu'il convient d'administrer le bromure. Si les accès sont violents, avec écume à la bouche, le remède est souvent impuissant; mais ses effets sont avantageux contre l'épilepsie à accès nocturnes, dans celle qui est liée à l'évolution menstruelle, chez les malades adonnés à de funestes habitudes ou à tendances érotiques, et enfin dans le simple vertige. Une des principales indications de l'emploi de ce moyen, c'est l'existence de soubresauts, de mouvements brusques, diurnes et nocturnes, et en général des symptômes qui annoncent l'exaltation de la force excito-motrice de la moelle. Cette thèse renferme des observations bien détaillées, qui contribueront à faire accorder une certaine valeur à ce mode de traitement de l'épilepsie. (*Journal médical de Strasbourg.*)

Du traitement de la pneumonie. M. Morin, dans sa thèse soutenue à Strasbourg, examine les quatre médications qui ont été patronnées récemment dans le traitement de la pneumonie, savoir : l'expectation, les préparations stibiées, les antipyrétiques, la médication alcoolique. Nous ne résumerons ici que ce qu'il dit de l'expectation et des antipyrétiques.

Quelques esprits judicieux ont, depuis longtemps, réclamé qu'on fît la part de la nature dans le traitement de la pneumonie; « mais pendant que les uns pratiquent l'expectation par pur esprit de critique, d'autres, le thermomètre à la main, étudient le phénomène chaleur et la fièvre. L'expérience ne tarde pas à leur apprendre que la pneumonie, comme certaines fièvres, possède un cycle naturel, et que la maladie une fois développée, marche selon des lois à peu près fixes. Le thermomètre ressuscite le phénomène critique; le jour où la température du corps, augmentée par la fièvre, tombe à la normale ou au-dessous, ce jour-là marque la fin du processus morbide. » L'expectation est ensuite raisonnée sous diverses faces, au point de vue du développement naturel de la maladie et à celui de la statistique. La thèse cite quatre statistiques à l'aide desquelles on a voulu faire prévaloir le traitement purement hygiénique; elles montrent la variabilité énorme des résultats et les erreurs qui résultent de l'application inconsidérée des chiffres. On n'additionne pas des unités de même nature; la statistique comprend toutes les espèces et variétés de la pneumonie et tous les âges. Beaucoup de malades guérissent très-bien d'eux-mêmes ou malgré les remèdes, mais on ne conseillera point l'expectation comme méthode absolue de traitement. Parmi les statistiques, il en est évidemment qui ont de la valeur et que le nom de leurs auteurs recommande; eh bien! la variabilité de la moyenne mortuaire dans les pneumonies abandonnées à elles-mêmes indique que leur gravité naturelle est fort différente, et par conséquent, au point de vue de la logique et du bon sens, que les mêmes moyens ne sauraient leur être opposés.

La question des antipyrétiques si approfondie par M. Hirtz, est traitée d'une manière remarquable. Si le dernier mot n'a pas encore été dit sur la fièvre, du moins en a-t-on singulièrement éclairci l'histoire. « Deux faits principaux ressortent avec éclat et font aujourd'hui la base de l'opinion qu'on doit avoir de la fièvre : l'élévation constante de la température, la destruction plus rapide des éléments et le départ des matières décomposées par l'urine. C'est une conquête moderne d'avoir montré les dangers de ces combustions ultimes liées à la persistance d'une chaleur anormale. » M. Morin examine l'action des substances hyposthénisantes selon le moment de leur emploi et en raison des doses, et dans leurs rapports avec les phénomènes critiques spontanés et le collapsus qu'elles amènent. Un refroidissement trop considérable, artificiellement produit à l'époque de la défervescence spontanée, peut jeter le malade dans un collapsus mortel. Des tableaux graphiques très-remarquables, recueillis à la clinique de M. le professeur Hirtz, montrent que l'époque de défervescence se remarque du cinquième au septième jour, et, comme limite extrême, du troisième au neuvième; ces tableaux font voir en même temps l'influence des remèdes. Une étude spéciale, basée sur l'analyse d'observations nombreuses, met en évidence les propriétés de la digitale, de la vératrine et du veratrum viride. La digitale employée trop tôt, comme la sai-

guée, ne donne pas de résultats; la défervescence se fait à son heure, et, suivant l'expression du professeur, « dans les tentatives antifébriles, il faut tomber d'accord avec la nature. » (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

De l'influence fâcheuse des pansements chez les amputés. Le docteur Burow a déjà cherché à prouver, en 1859 (*DeutscheKlinik*), que les pansements sont la principale cause de la grande mortalité qui suit les amputations. Il ne perdrait, lui, qu'un ou deux amputés sur cent, tandis que la statistique générale de Pauli donne une mortalité de 33 pour 100. Il attribue ces brillants résultats à ce qu'il laisse, dès le début, le moignon exposé au contact de l'air atmosphérique; l'habileté de l'opérateur n'y est pour rien, les opérations étant, dans ce service de clinique, pratiquées en grande partie par les élèves. Voici d'ailleurs comment il procède: toutes les fois qu'il le peut, il emploie le tourniquet pour comprimer à la fois et artère et veine; autant que possible, il fait des amputations à lambeaux, doubles pour l'avant-bras, le bras et la cuisse, simples pour la jambe; il n'excise pas le périoste avant de scier l'os, lie les vaisseaux avec une grande minutie, et attend, pour faire deux ou trois points de suture, qu'il n'y ait plus qu'une exsudation séreuse à la surface de la plaie. Les sutures sont simplement bouclées sous forme de ganses. Le malade porté dans son lit, on place un coussinet sous le moignon, qu'on recouvre simplement d'un morceau de tuile. Applications de glace, s'il survient des douleurs vives. Vers le deuxième ou troisième jour, tuméfaction du moignon : si les sutures incisent les tissus, on les coupe, et on laisse le bout intérieur en place. Dès qu'on voit du pus sortir des piqûres, on ôte les sutures ou les bouts laissés en place après l'excision. Il faut nettoyer journellement la sécrétion, et, quand la suppuration n'est pas normale, appliquer des compresses imbibées d'alcoolé d'albumine. (*Deutsche Klinik.*)

Ablation d'une tumeur volumineuse de la région lombo-dorsale. Pour opérer certaines tumeurs volumineuses, dont la vascularité ou d'autres motifs pourraient rendre dangereuse l'ablation en masse par l'instrument tranchant, M. Péan a imaginé une méthode qui consiste dans le morcellement de la tumeur combiné soit avec la cautérisation, soit avec l'écrasement. Cette méthode a déjà rendu à l'habile chirurgien de grands et nombreux services; elle vient de lui en rendre un nouveau dans le cas suivant :

Il s'agit d'un jeune garçon, âgé de seize ans, qui portait une tumeur fibro-graisseuse d'aspect éléphantiasique, dont le volume était si monstrueux qu'il semblait contre-indiquer l'opération. Elle commençait à gauche du côté de l'abdomen, remontait obliquement en arrière et jusque vers le milieu des côtes droites; mais c'était au niveau de la colonne vertébrale qu'elle avait acquis son plus grand développement vertical : du milieu de l'omoplate, elle descendait jusqu'au voisinage du pli fessier, à la hauteur duquel elle formait un énorme bourrelet. Après avoir débuté, il y a dix ans, sous la forme d'une petite masse du volume d'un œuf, elle s'était accrue peu à peu jusqu'à acquérir les dimensions ci-dessus indiquées, et avait fini par entraîner des troubles qui menaçaient gravement la santé.

Il ne fallut rien moins qu'une incision longue de 50 centimètres pour permettre à l'opérateur d'attaquer successivement toutes les portions de la tumeur; et bien que celle-ci siégeât sous la peau, à laquelle elle était adhérente ainsi qu'à l'aponévrose, on reconnut bientôt que les vaisseaux artériels et veineux qui alimentaient la tumeur étaient tellement nombreux et hypertrophiés, que des centaines de ligatures seraient insuffisantes à tarir les sources d'une hémorrhagie, à laquelle le malade succomberait avant la fin de l'opération, si l'on cherchait à détacher à l'aide du bistouri et des ciseaux cette vaste production morbide. Aussi M. Péan s'empressa-t-il de recourir à la méthode de morcellement de la tumeur et à l'écrasement; la tumeur put être ainsi enlevée par portions, sans que la perte de sang s'élevât à plus de 60 grammes. D'ailleurs, pour plus de sûreté, cette méthode avait été appliquée avec lenteur, et il ne fallut pas moins de deux heures pour extraire la totalité de la tumeur. A l'aide de ces précautions, les vastes lambeaux tégumentaires qui avaient été conservés, purent être appliqués sur la plaie et la recouvrir sans qu'il fût nécessaire de lier plus de cinq ou six artères. Ces ligatures

furent faites avec la pince-ligateur du docteur Cintrat, ce qui permit de les couper au ras des aponévroses et de les abandonner dans la profondeur des chairs. La plaie fut fermée par une quantité considérable de points de suture fort rapprochés. Grâce aux soins du docteur Blanchard, médecin du malade, la réunion eut lieu par première intention, et au bout de peu de jours la guérison était assez avancée pour que tout danger eût disparu. (*Gaz. des hôp.*, 1869, nº 15.)

Du mode d'administration de l'émétique dans le croup. On a objecté à l'emploi de l'émétique dans le croup, qu'il provoque des évacuations qui épuisent les enfants et les jettent dans des conditions fâcheuses. D'après M. Bouchut, qui a eu souvent et qui a habituellement recours à cette médication, cette objection est juste, mais sa justesse ne tient qu'à un mode vicieux d'administration du médicament. L'émétique produit les résultats les plus divers, selon la manière dont on l'administre. A haute dose, et en nourrissant les malades, il est contro-stimulant et antispasmodique, comme on le voit dans le traitement de la chorée; à dose moyenne, il fait vomir et purge quelquefois; à petite dose, avec beaucoup d'eau, il n'a qu'une action purgative très-abondante. Dans le croup, l'émétique doit être employé comme contro-stimulant ou comme vomitif; dès qu'il produit des effets purgatifs exagérés, il devient nuisible. Or, on peut éviter ces derniers effets.

M. Bouchut donne le tartre stibié à la dose, suivant l'âge, de 10 à 30 centigrammes dans une potion gommeuse, à prendre par cuillerées à bouche toutes les heures, selon la méthode de Rasori, absolument comme on emploie la potion stibiée dans la pneumonie franche. Seulement, pour éviter que cette potion ne produise d'effet purgatif dangereux, il ordonne que l'on ne donne que fort peu de chose à boire aux enfants et qu'on les nourrisse de potages, au bouillon ou au vin. De cette manière l'émétique a une action vomitive et contro-stimulante, et alors les fausses membranes sont rejetées par le vomissement, ou dissociées, détruites et rejetées par l'expectoration. Si le petit malade vomit trop abondamment, ou si, malgré les précautions, il a une diarrhée abondante, M. Bouchut supprime l'émétique, et il a recours à une autre médication, soit le sulfate de cuivre, soit le cubèbe et le copahu associés, qui donnent parfois de bons résultats. Dans les cas où l'émétique ne réussit pas, et si l'asphyxie commence à paraître, incomplète d'abord, et puis ensuite complète un peu plus tard, il faut opérer.

Tel est la méthode de traitement adoptée par M. Bouchut; elle ne sera pas approuvée de tout le monde, notamment de ceux qui sont d'avis de ne pas attendre une période trop avancée de la maladie pour recourir à l'opération. Mais le recours hâtif à la trachéotomie n'est pas admis par tous les médecins; d'un autre coté, les familles ne s'y prêtent pas toujours, il s'en faut. C'est donc une bonne chose que d'avoir un traitement médical capable de donner des résultats avantageux. Or celui de M. Bouchut lui a procuré 27 cas de croup terminés par la guérison, 27 cas, notés et relevés, sans compter un certain nombre d'autres dont il n'a été gardé que des souvenirs. Il est à regretter que ce chiffre ne soit pas mis en regard de celui des cas où les mêmes moyens n'ont pas eu des résultats aussi heureux

Enfin nous ferons nos réserves sur l'innocuité de cette médication, car nous avons montré par des observations, dans un précédent article (1), que chez les enfants le tartre stibié pouvait produire des accidents très-graves dus à une action de ce médicament sur le sang. et qu'il pouvait amener des morts subites.

Tétanos traumatique; traitement par la fève de Calabar; insuccès. Continuons à enregistrer les faits de tétanos traité par la fève de Calabar.

Homme de quarante-sept ans, d'une bonne constitution, ayant des habitudes de tempérance, atteint, dans une chute de cheval, de luxation de la première phalange du pouce gauche avec plaie étendue du poignet intéressant les tendons et les muscles, mais sans fracture; de plus, de luxation de la première phalange de l'annulaire droit, et enfin de plaie de la région sourcilière du même côté. Après la réduction des luxations, tout alla bien d'abord pendant une quin-

(1) *Nouvelles remarques sur l'emploi du tartre stibié à haute dose dans le croup*, par le docteur Bricheteau (*Bull. de Thérap.*, t. LXII, p. 455).

zaine de jours. Mais, le 12 mai, il se manifesta de la douleur et de la roideur du cou, et le 17 apparut le trismus, à un degré très-prononcé.

Le 18, M. Ridout, médecin du blessé, appela en consultation M. S. Lane, de l'hôpital Sainte-Marie, et il fut convenu que l'on aurait recours au traitement par la fève de Calabar, préconisé par M. Eben Watson. Une solution ayant été préparée avec huit grains d'extrait pour une once d'alcool, on administra toutes les heures 10 minims de cette solution, c'est-à-dire une dose équivalente à un sixième de grain d'extrait. A la suite, meilleure nuit, deux heures de sommeil; cependant, le lendemain, les symptômes tétaniques étaient plus prononcés; la roideur s'était étendue à la partie postérieure du tronc. Le 21 mai, nouvelle aggravation; trismus plus marqué, ainsi que l'épisthotonos, gêne considérable de la respiration; la dose est portée à 15 minims toutes les heures. Les deux jours suivants, l'état reste le même, bien que les nuits aient été meilleures; 20 minims par heure, soit un tiers de grain d'extrait. Le 22 mai, amélioration légère; continuation de la même dose. Le 26, la situation persistant sans changements favorables, 30 minims, ou un demi-grain d'extrait toutes les heures. Le 29, nouvelle augmentation de la dose, qui est portée à 40 minims de la solution (deux tiers de grain d'extrait). Cependant le malade est allé en s'affaiblissant, en même temps que la déglutition est devenue très-difficile, que la dyspnée a continué et que les bronches se sont remplies de mucosités. Le 31 mai, mort par asphyxie à la suite d'une violente convulsion tétanique. Ainsi, dans ce cas, si la fève de Calabar sembla d'abord apporter quelque détente dans l'intensité des spasmes tétaniques, cette amélioration ne se soutint pas, malgré l'augmentation des doses du médicament; les symptômes allèrent ensuite toujours s'aggravant et le patient finit par succomber. (*The Lancet*, 31 octobre 1868.)

Nous ne cesserons de répéter que l'expérimentation thérapeutique de la fève de Calabar ne peut être faite par la voie de l'estomac. Il faut absolument pour l'absorption, condition *sine quâ non*, que le médicament soit donné en injection hypodermique sous forme d'une solution d'érésine. Il est bien reconnu que, dans le tétanos, l'état d'excitabilité de la moelle et de l'encéphale est tellement surexcité, qu'aucun nerf n'agit plus et que l'absorption gastrique est impossible.

Le rédacteur en chef, F. B.

De l'emploi de l'acétate de potasse à haute dose dans le traitement du croup. Le docteur Labat, de Bordeaux, vient de communiquer à la Société médico-chirurgicale de cette ville deux exemples de croup qui ont nécessité la trachéotomie, et dans lesquels l'acétate de potasse, comme adjuvant après l'opération, a paru produire de bons résultats. La lecture de ces observations nous a frappés, car nous sommes depuis longtemps convaincus de cette idée que l'on ne pourra agir sur les fausses membranes diphthériques, une fois produites, qu'au moyen de médicaments qui s'éliminent par les voies respiratoires, soit à l'état de vapeur, soit dissous dans les sécrétions muqueuses, qui peuvent être excitées dans ce but thérapeutique, et c'est précisément cette idée qui a guidé notre confrère le docteur Labat. Il avait d'abord essayé le soufre seul, le sulfure de potasse, non pas comme parasiticide, ce qui est une erreur absurde, mais comme expectorant, et n'a rien obtenu, malgré les nombreux résultats merveilleux proclamés par le docteur Barbosa de Lisbonne, mais qui n'ont pas résisté à l'épreuve pratique tentée par nos confrères de Toulouse et de Reims. Alors M. Labat pensa à l'acétate de potasse qui peut être donné à assez forte dose et qui n'a pas grand goût. Voyant chez son opérée, petite fille de deux ans et demi, l'expectoration très-sèche, et la canule cesser d'être humide, ce qui, comme on le sait, est un signe pronostic fâcheux, il prescrivit 10 grammes d'acétate de potasse dans 120 grammes d'eau, une cuillerée toutes les demi-heures. Trois heures après un changement notable s'était opéré dans l'expectoration, elle était abondante, mais purulente et l'enfant succomba.

Convaincu qu'il avait trouvé un médicament susceptible de l'expectoration muqueuse et abondante, M. Labat l'administra à une seconde petite fille, âgée de quinze mois et qui avait contracté le croup à l'hôpital. Vingt-quatre heures après la trachéotomie, la toux était devenue sèche. Prescription : acétate de potasse, 8 grammes dans 120 grammes d'eau sucrée. Le

lendemain l'expectoration avait reparu, et l'enfant guérit après avoir pris en deux jours 16 grammes d'acétate de potasse. Depuis cette époque, le docteur Dudon, chef interne à l'hôpital Saint-André, a administré avec succès à deux enfants opérés l'acétate de potasse suivant cette méthode.

En résumé, s'il est bien démontré par l'expérimentation thérapeutique que l'acétate de potasse à haute dose produit constamment une toux grasse et facilite le détachement des fausses membranes, il y a une nouvelle ressource thérapeutique qu'il ne faut pas négliger. (*Journal de médecine de Bordeaux.*)

Teinture de coloquinte dans la constipation. La coloquinte est un purgatif qui mériterait d'être plus souvent employé. Elle le serait avec avantage, d'après M. Guhler, dans les maladies du cœur et les hydropisies, spécialement dans celles qui sont liées à une lésion rénale telle que celle de l'albuminurie aiguë; elle rendrait d'utiles services dans les raptus congestifs et les apoplexies qui frappent le cerveau ou les poumons. Son action manifeste sur le gros intestin la rend utile dans le traitement de la constipation habituelle. Le docteur Crighton s'en loue beaucoup dans cette dernière affection; mais, au lieu de donner la préférence à l'extrait, comme le professeur de la Faculté de Paris, il a plus volontiers recours à la teinture, qui lui semble une forme du médicament plus commode à administrer. Dans la constipation, dit-il, 10 et même 5 minims, soit, en poids 60 ou 30 centigrammes, dans un peu d'eau, pris une heure avant le repas du matin, suffisent en général pour assurer une évacuation. — Il convient de se rappeler que la coloquinte est contre-indiquée lorsqu'il existe des signes d'inflammation des premières voies. (*British. med. journ.*, 28 nov. 1868.)

Pourriture d'hôpital; bons effets de l'essence de térébenthine. L'action avantageuse de la térébenthine sur les plaies, dès longtemps connue, mais assez généralement oubliée, a été rappelée par quelques observateurs dans ces dernières années. On se souvient, par exemple, que M. le docteur Werner, de Dornac (1), emploie habituellement pour ses pansements, avec les meilleurs résultats, une espèce de savon liquide à l'essence de térébenthine. Mais c'est dans les plaies languissantes, atoniques, gangréneuses, que cet agent rend surtout de grands services, comme l'a reconnu M. le docteur Hachenberg, de l'armée fédérale des Etats-Unis, qui, pendant la guerre terrible de la sécession, a eu beaucoup à s'en louer dans le traitement de la pourriture d'hôpital, alors si fréquente.

Cette propriété antiseptique si précieuse de la térébenthine vient d'être démontrée de nouveau à l'hôpital d'Anvers, sur treize blessés, chez lesquels cette même maladie s'était déclarée épidémiquement sans cause locale appréciable. Les diverses substances ordinairement employées en pareil cas étaient restées absolument inefficaces : poudre de charbon, poudre de quinquina et camphre, suc de citron, teinture d'iode, chlorate de potasse, perchlorure de fer, etc, et cela malgré le soin donné aux pansements, malgré l'usage d'un régime reconstituant. Les choses changèrent de face dès qu'on eut recours à l'essence de térébenthine. Après avoir bien lavé la plaie, on la pansait avec de la charpie imbibée de cette essence, et dès lors elle se modifiait très-rapidement. Plus tard, on se servit du styrax et de la poudre de quinquina pour achever la cicatrisation. (*Arch. méd. belges.*)

(1) *Bull. de Thérap.* t. LXVIII, p. 219.

VARIÉTÉS.

Faculté de médecine de Paris. — M. Brown-Séquard (Charles-Edouard), docteur en médecine de la Faculté de Paris, est chargé du cours de pathologie comparée et expérimentale à ladite Faculté.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse. — Un congé d'inactivité, pendant l'année classique 1868-1869, est accordé, sur sa demande,

à M. Gaussail, professeur de pathologie interne à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse.

M. Bonnemaison, suppléant pour les chaires de médecine proprement dite à l'Ecole préparatoire de Toulouse, est chargé de la suppléance du cours de pathologie interne à ladite Ecole, pendant la durée du congé accordé à M. Gaussail.

Ecole pratique des hautes études. — M. Alphonse Milne-Edwards, docteur ès sciences naturelles, docteur en médecine, aide-naturaliste de la chaire de zoologie (mammalogie et ornithologie) du Muséum d'histoire naturelle, est nommé directeur adjoint du laboratoire d'anatomie zoologique et physiologique annexé à l'Ecole pratique des hautes études.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers. — M. Guérineau, professeur de pathologie externe à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, est nommé professeur de clinique externe à ladite Ecole, en remplacement de M. Gaillard, décédé.

M. Delaunay, professeur adjoint d'anatomie et physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, est nommé professeur de pathologie externe à ladite Ecole, en remplacement de M. Guérineau.

M. Jallet, suppléant pour les chaires d'accouchement, de pathologie et de clinique chirurgicales à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, est nommé professeur adjoint d'anatomie et de physiologie à ladite Ecole, en remplacement de M. Delaunay.

M. Chédevergne, suppléant pour les chaires de médecine à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, est nommé suppléant pour les chaires d'accouchement, de pathologie et de clinique chirurgicales de ladite Ecole, en remplacement de M. Jallet.

M. Alban de la Garde, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires de médecine et de pharmacie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, en remplacement de M. Chédevergne.

Concours. — Les thèses pour le concours d'agrégation ouvert près la Faculté de médecine seront soutenues dans l'ordre suivant :

1er mars. — M. Brouardel (*Etude critique des diverses modifications employées contre le diabète sucré*), argumenté par MM. Lécorché et Cornil.

M. Ferrand (*De la médication antipyrétique*), argumenté par MM. Fernet et Chalvet.

3 mars. — M. Olivier (*Des atrophies musculaires*), argumenté par MM. Leven et Lancereaux.

M. Hayem (*De la bronchite, pathologie générale et classification*), argumenté par MM. Bouchard et Laborde.

5 mars. — M. Damaschino (*La pleurésie purulente*), argumenté par MM. Brouardel et Lécorché.

M. Cornil (*Des différentes espèces de néphrites*), argumenté par MM. Ferrand et Chalvet.

8 mars. — M. Chalvet (*Physiologie pathologique de l'inflammation*), argumenté par MM. Olivier et Leven.

M. Lancereaux (*De la polyurie, diabète insipide*), argumenté par MM. Hayem et Bouchard.

10 mars. — M. Laborde (*Physiologie pathologique de l'ictère*), argumenté par MM. Damaschino et Brouardel.

M. Lécorché (*Des altérations athéromateuses des artères*), argumenté par MM. Cornil et Ferrand.

12 mars. — M. Fernet (*De la diathèse urique*), argumenté par MM. Chalvet et Olivier.

M. Leven (*Des chorées, pathologie générale et classification*), argumenté par MM. Lancereaux et Hayem.

15 mars. — M. Bouchard (*De la pathogénie des hémorrhagies*), argumenté par MM. Laborde et Damaschino.

Pour les articles non signés : F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Du diagnostic des fièvres par la température(1);

Par le professeur Sée.

(2e article.)

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES MALADIES DU PREMIER GROUPE.

Ce groupe comprend la fièvre intermittente, la fièvre pyémique, et une forme de tuberculisation.

Le frisson existe dans presque toutes les maladies de ce groupe. Dans la fièvre intermittente simple, que le type soit quotidien, tierce, etc., il n'y a aucun cas dans lequel il n'y ait de frisson, pourvu qu'il n'y ait pas eu d'intervention thérapeutique. Dans la fièvre pernicieuse il y a *presque* toujours un frisson.

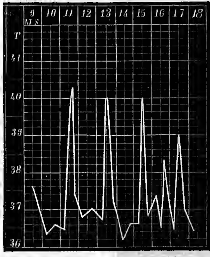


Fig. 3. — Fièvre intermittente tierce.

Il faut distinguer trois catégories de fièvres pernicieuses :

1° Celle dans laquelle se présentent des phénomènes cérébraux : délire, convulsions, etc. Au début on ne pense pas à une intoxica-

(1) Leçon clinique professée à l'hôpital de la Charité (suite). Voir la livraison précédente, p. 145.

tion paludéenne ; au bout de neuf à dix heures tous les accidents sont terminés, et l'on attribue cet heureux effet à l'intervention des sangsues ou des vésicatoires, puis le lendemain reviennent les mêmes accidents qui, cette fois, sont mortels. Ceci ne peut arriver que quand on ne tient pas compte de la température qui est toujours à plus de 40 degrés ; de plus, il y a eu un frisson plus ou moins intense.

2° Les fièvres pernicieuses vasculaires. Le frisson est presque permanent pendant tout l'accès, et elles aboutissent en général à la forme syncopale. La température est à 41 ou 42 degrés.

3° Dans le troisième groupe, que Torti a appelé *fièvres pernicieuses colliquatives, chlolériformes*, etc., il n'y a pas le frisson ni la température élevée quo l'on observe dans les deux premiers groupes. Le frisson et l'élévation de température peuvent manquer au début, mais apparaître à la fin, et la chaleur peut monter à 40 et 41 degrés.

Ces phénomènes forment une série morbide que nous allons chercher à expliquer. Il y a une période préfébrile qui a passé inaperçue, malgré les avertissements de Dehaen, qui avait noté l'ascension de la colonne thermométrique une demi-heure avant le frisson. Gavarret, en 1840, annonça le même fait, mais on n'en tint pas compte, et ce sont les recherches récentes qui ont mis hors de doute sa réalité. Une fois le frisson plus ou moins intense déclaré, la température augmente de 2 degrés, arrive à 40, 40,5 en deux heures de temps. Il n'y a pas d'autre cas de maladie ou l'ascension soit si brutale ; ce maximum ne dure pas, et la descente est brusque ; mais cette descente reste lente tant qu'elle n'a pas été de 1 degré. Une fois que le thermomètre a dépassé 40 et 41, la chute est précipitée et la courbe presque verticale. En totalité, l'accès dure de dix à douze heures.

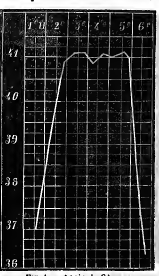


Fig. 4. — Accès de fièvre, durée six heures.

Pendant ce temps, il s'est fait une combustion exagérée : l'urée, le représentant de la décomposition de nos tissus, est dans les urines

en quantité double de la normale; outre l'urée, on trouve un dépôt d'acide urique et des urates.

Survient alors un intervalle apyrétique, suivi d'un nouvel accès. Ces accès reviennent toujours entre sept heures du matin et deux heures de l'après-midi.

Fièvre pyémique. — On y trouve une période préfébrile, un frisson violent, mais il faut huit, dix, douze heures pour atteindre le maximum de la température.

Ce maximum atteint au plus 40 à 41 degrés. Il persiste de deux à huit heures, formant un niveau (1) graphique; puis le thermomètre descend rapidement, en trois ou cinq heures.

Les produits de décomposition (urée et acide urique) sont en bien moins grande proportion que dans la fièvre intermittente ordinaire. L'apyrexie est incomplète; enfin l'accès fébrile revient à une autre heure que le précédent et suivant un autre type.

Fièvre intermittente tuberculeuse.— C'est une maladie fréquente, surtout dans l'armée, où on pourrait la prendre pour une fièvre intermittente vraie; cette erreur aboutit à une thérapeutique inutile, car alors on emploie, mais sans effet, le sulfate de quinine, l'arsenic et l'hydrothérapie. Nous la décrirons plus tard.

PHYSIOLOGIE DU FRISSON ET DE LA FIÈVRE.

Nous ne sommes plus à l'époque où l'on croyait que la fièvre est un être nouveau, venant s'emparer de l'individu. Pour nous, le frisson comprend : (a) une combustion; (b) une sensation; (c) une excitation des vaisseaux sous l'influence de cette sensation; (d) l'action consécutive sur les nerfs et les muscles.

(a) *Opération chimique.* — Quelle qu'elle soit, la cause fébrile met le feu à l'organisme, il y a une destruction des tissus et le malade fabrique un excès de chaleur; d'autre part, il peut retenir de la chaleur et l'empêcher de se perdre, mais les urines prouvent qu'il y a eu combustion, car il y a un excès d'urée.

Où se fait cette combustion? Il est à peu près démontré que les muscles ne font pas d'urée en excès; en effet, un individu

(1) On comprend sous le nom de *niveau* ou *plateau graphique* la partie du tracé qui indique une température peu variable pour un espace de temps. On dit que dans une maladie il y a un plateau de plusieurs heures, de plusieurs jours. Ainsi, dans la figure 4, il y a un niveau de température à 41 degrés pendant trois heures. (*Note de la Rédaction.*)

sain ne fait pas plus d'urée en forçant l'exercice musculaire : le combustible seul s'use et non la machine qui est le muscle.

Il y a dans le sang des centaines de millions de globules qui font les frais de la combustion, la preuve c'est l'anémie que l'on constate après deux ou trois accès ; la rate augmentée de volume en détruit plus et le déchet se retrouve dans l'urine sous forme d'urée; il y a donc combustion avec excès de température.

(b) *Sensation de frisson.* — Puis le malade accuse la sensation de frisson. Il éprouve un vif sentiment de froid et on peut croire à une réfrigération réelle de l'individu, tandis qu'en fait il y a un échauffement rapide du sang. Ainsi échauffement et sensation simultanée de froid. Or, quand un individu se refroidit après une perte abondante, comme la diarrhée cholérique par exemple, il se refroidit mais il n'y a pas de frisson. La cause du frisson n'est donc pas le refroidissement, mais le passage brusque de 37 à 41 degrés de la température. Cette élévation subite impressionne le système nerveux qui traduit par une sensation douloureuse cette impression. L'expérience a démontré que dans un air chauffé brusquement de 37 à 41 degrés les nerfs présentent une excitabilité excessive, capable de provoquer des convulsions.

A cette cause s'ajoute une autre circonstance, c'est la différence entre la température centrale et celle de la périphérie; ce contraste impressionne encore le système nerveux ; mais c'est la première cause qui domine, car le frisson a lieu même dans le lit quand on diminue l'écart entre la température centrale et périphérique; la sensation, c'est-à-dire la douleur, suit une marche centripète, arrive à la moelle inconsciente, qui réagit sur tous les nerfs moteurs et vasculaires. Il suffit, pour prouver cette action réflexe, de rappeler les expériences de Tholozan et de Brown-Sequard : plongez une main dans l'eau froide, la sensation produit une contraction même des artères opposés.

Phénomènes consécutifs. — Sous cette même influence, il y a engourdissement des membres, fatigue, céphalalgie, malaise général, absence de sécrétion ; le malade ne sécrète pas d'urine pendant le frisson.

Au stade de frisson succède le stade de chaleur caractérisé par le relâchement des vaisseaux, la facilité de la circulation, et puis surviennent le stade de sécrétion, les sueurs, la détente. L'excès de température s'en va par l'évaporation, et sous l'influence de cette déperdition d'eau il se fait une nouvelle concentration des urines avec

un excès d'acide urique, ce qui constitue les urines critiques des anciens.

(c) *Excitation des vaisseaux.* — Quelle que soit la source des combustions, la chaleur qui se développe subitement excite les nerfs moteurs et surtout les nerfs vaso-moteurs. Ce sont les petites artérioles possédant les muscles les plus puissants qui agissent d'abord par leur contraction, de façon à ce qu'il reste à peine du sang à la périphérie; de là une cause de refroidissement périphérique résultant de la stase veineuse, et de l'état exsangue des artérioles; ainsi, dans la fièvre pernicieuse, le visage et les extrémités sont d'une pâleur mortelle, ou bien d'une coloration livide, rouge, cyanosée. Cette rougeur et cette pâleur alternatives s'expliquent l'une par la stase sanguine, l'autre par l'anémie des tissus.

Ce n'est pas tout. Le cœur lutte énergiquement contre la résistance des artérioles et, bien qu'en somme il fournisse un travail effectif très-faible, il bat très-vite, 120 à 140 par minute. Le nerf vague ne fonctionne que si le sang est dans son intégrité; sous l'influence de l'acide carbonique qui s'accumule alors dans le sang, le nerf se paralyse finalement et dès lors il se produit une fréquence excessive des battements du cœur.

(d) *Excitation des muscles.* — L'excitation des nerfs moteurs par la chaleur produit la contraction des muscles et tout d'abord de ceux des bulbes pileux de la peau, c'est ce qui constitue la chair de poule. L'excitation des muscles animés par la petite branche de la cinquième paire produit le claquement des dents, l'excitation de ceux animés par la septième paire donne lieu à la contraction des muscles peauciers du cou et de la face, d'où l'état grippé du visage. Enfin, le tronc et les membres sont en proie à des contractions analogues. Le patient se rétracte, se recoqueville, il cherche ainsi à diminuer le volume du corps, à diminuer sa surface de rayonnement, sa déperdition de chaleur, et en même temps à augmenter les contacts des extrémités qui sont froides, avec le tronc qui est plus chaud. Enfin, la contraction des muscles respiratoires produit l'anxiété précordiale, la dyspnée, et celle des muscles du larynx, la faiblesse de la voix.

Voilà l'interprétation physiologique du frisson, phénomène caractéristique des fièvres de la première catégorie.

Voyons maintenant à distinguer les fièvres de la deuxième catégorie.

DIAGNOSTIC DES FIÈVRES DE LA DEUXIÈME CATÉGORIE.

Ce groupe comprend les fièvres éruptives et la pneumonie. Avant la période d'éruption, les fièvres éruptives ne présentent aucun signe pathognomonique, et c'est alors que l'étude de la température est pour le médecin une précieuse ressource comme nous allons le montrer; une fois l'éruption produite, il peut encore y avoir des difficultés pour différencier les fièvres éruptives les unes des autres; c'est un nouveau diagnostic à faire, qui repose sur d'autres considérations, et nous n'y insisterons pas pour le moment.

Les fièvres éruptives sont : l'érysipèle, la variole, la scarlatine, la rougeole. Nous adoptons cet ordre, parce que la rougeole, qui vient la dernière, a une marche analogue à celle de la fièvre typhoïde et forme ainsi la transition entre les fièvres de la seconde et de la troisième catégorie.

L'érysipèle décrit sa courbe thermométrique comme un simple accès de fièvre éphémère, mais ce qui caractérise cette maladie, c'est que chaque poussée érysipélateuse, chaque extension de l'éruption, comme cela se voit dans les érysipèles ambulants, est annoncée par une nouvelle ascension thermométrique, de sorte que la courbe se compose d'une série irrégulière de montées et de descentes.

Dans la variole, la température initiale monte promptement de 37 à 39°,5, et le deuxième jour au soir (soit après quarante-huit heures) elle atteint le maximum 40 degrés; le troisième jour, la chaleur persiste et l'éruption ne se fait que le quatrième jour au matin dans les varioles ordinaires, mais dans les varioles malignes l'éruption se fait le deuxième jour (après trente-six ou quarante heures). Sachez donc que la durée des prodromes de la variole est variable suivant les cas. Deux jours pour les varioles graves, trois et quatre pour les autres. Vous pouvez donc, dès cette période, prédire la gravité ou la bénignité d'une variole.

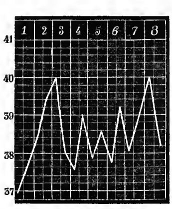


Fig. 5. — Variole discrète.

La scarlatine a le même début brusque que la variole, mais la température monte bien plus rapidement et atteint son maximum en vingt-quatre heures; c'est alors que se fait l'éruption. C'est là

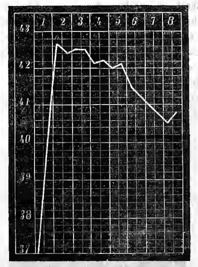


Fig. 6. — Scarlatine.

fièvre éruptive qui a la période prodromique la plus courte; elle est donc assez facile à distinguer des autres. Mais il arrive souvent que la scarlatine passe inaperçue, soit que l'éruption échappe par sa pâleur à l'examen du médecin, soit qu'elle manque complétement (scarlatine fruste de Trousseau), soit enfin qu'elle soit très-incomplète et fugace; cependant ces sortes de scarlatines peuvent donner lieu à tous les accidents graves de la scarlatine régulière, à la maladie de Bright, entre autres, et les enfants y seront d'autant plus exposés que la maladie ayant passé inaperçue, on ne prendra aucune précaution. On évitera cette faute, si on a soin d'explorer la température; au début il y a eu de la fièvre, sa durée a été éphémère, vingt-quatre heures soit, mais le thermomètre atteint dans ce laps de temps 40 degrés, et aucune autre maladie que la scarlatine n'atteint ce maximum élevé en un jour.

La rougeole commence au contraire d'une manière lente et perfide, elle a donc une marche essentiellement différente de la scarlatine et de la variole. Tandis que dans ces maladies la température

atteint son maximum rapidement et d'une façon continue, dans la rougeole il y a des rémissions le matin, si bien que dès le deuxième jour on peut prédire l'apparition d'une rougeole. La durée des prodromes est longue, et la période d'incubation est de quatre jours. Voici, en général, ce que l'on observe : au début il y a un peu de fièvre, mais elle n'est pas continue, elle a les caractères de la fièvre rémittente ou catarrhale, puis survient un accès transitoire précédé de frissons vers le troisième jour; le thermomètre baisse le matin du cinquième ou du sixième jour, et alors on voit apparaître l'éruption à la fin de ce jour ou le lendemain.

Le maximum de la température survient donc du troisième au cinquième jour.

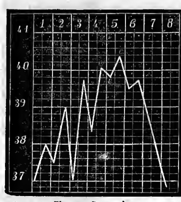


Fig. 7. — Rougeole.

Diagnostic des fièvres éruptives et de la pneumonie. — Ce diagnostic n'est pas toujours facile, et le médecin peut être induit en erreur d'autant plus que, dans certains cas, le thermomètre ne lui sera d'aucune utilité. C'est ainsi qu'il y a une grande analogie entre le début de la variole et de la pneumonie, car le thermomètre dans les deux cas donne les mêmes signes : élévation rapide de la température, et on sera forcé d'attendre que les signes d'auscultation apparaissent. Puis il arrive souvent, chez les enfants surtout, que l'auscultation est très-difficile à pratiquer ; chez eux les crachats manquent complétement, et la dyspnée existe aussi bien dans la variole que dans la pneumonie. Comment se tirer d'embarras ? Le thermomètre ne vous renseigne nullement. Ici, vous n'avez qu'un signe qui peut vous éclairer, c'est la dyspnée. Dans les deux cas il y

a de la dyspnée et en même temps les malades accusent un point douloureux, le point de côté. Dans la pneumonie, la gêne de respiration accompagne le point douloureux, il siége tantôt à droite, tantôt à gauche, et coupe la respiration; tandis que dans la variole, il n'y a pas véritablement gêne de la respiration, c'est plutôt une anxiété, une sensation d'angoisse qui siége, soit à la région précordiale, soit au creux épigastrique; une étude attentive de la dyspnée peut donc vous donner quelques probabilités.

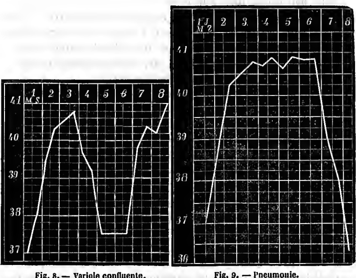


Fig. 8. — Variole confluente. Fig. 9. — Pneumonie.

Résumons donc en quelques mots la marche caractéristique de chaque fièvre éruptive :

Dans la rougeole, l'éruption apparaît le quatrième ou cinquième jour; dans la scarlatine, l'éruption survient le soir du deuxième jour; dans la variole, le quatrième jour.

Dans la scarlatine, le thermomètre reste au maximum pendant quatre à cinq jours, et la défervescence se fait vers le septième ou huitième jour. La chute est lente.

Dans la variole, une fois l'éruption apparue, la défervescence est complète et l'éruption variolique accomplit sa marche sans que le thermomètre indique une augmentation de la chaleur. Le thermomètre, il faut le dire, remonte à la période de suppuration.

Dans la rougeole, après l'éruption il se fait une montée, puis la défervescence survient le septième ou huitième jour.

Notez bien ces différences relativement à l'éruption :

Dans la scarlatine, une fois l'éruption faite, le thermomètre se maintient et monte.

Dans la variole, après l'éruption, le thermomètre tombe rapidement, pour remonter le huitième jour s'il y a suppuration.

Dans la rougeole, après l'éruption, le thermomètre monte un jour, puis baisse, mais lentement.

Diagnostic de la variole et de la rougeole. — Il peut arriver qu'au début de la période éruptive on hésite à se prononcer, car certaines éruptions de rougeole boutonneuse ressemblent singulièrement à la papule variolique. — Dans ce cas, le thermomètre tranche la difficulté.

Dans la variole, le thermomètre tombera après l'éruption.

Dans la rougeole, le thermomètre monte ou se soutient.

Diagnostic de la scarlatine et de la rougeole. — Certaines scarlatines n'ont pas une éruption bien franche, elles offrent un pointillé sans rougeur qui peut les faire confondre avec la rougeole ; mais dans ces cas, si la température a été prise régulièrement, on n'a qu'à se fier à l'époque du début de l'élévation de la température ; dans la scarlatine, la température, dès le deuxième jour de l'éruption, touche au maximum et à un maximum considérable ; tandis que dans la rougeole, au deuxième jour de l'éruption, la chaleur tombe.

Ainsi par une analyse rigoureuse de la marche de la température et de la marche parallèle de l'éruption, on doit arriver à un diagnostic précis. (*La suite au prochain numéro.*)

De l'acétate de méthylamine (1) ;

Par M. Personne, pharmacien de l'hôpital de la Pitié.

Et de l'emploi de ce nouveau médicament tonique ;

Par M. le professeur Béhier.

On avait peu étudié les transformations que subissent les principes contenus dans le grain de café vert, sous l'influence de la chaleur ; on savait seulement, d'après les recherches de MM. Boutron

---

(1) Traduit du journal anglais *The Practionner*, n° 1.

et Frémy d'une part, et de M. Payen d'un autre côté, que la substance brune amère et le principe aromatique sont produits par la décomposition de la portion du grain, qui est soluble dans l'eau, et qu'une grande partie de la caféine disparaît pendant la torréfaction, entraînée, disait-on, avec les produits volatils.

En grillant le café dans un appareil permettant de recueillir tous les produits volatils, M. Personne s'est assuré que si la caféine est entraînée avec eux, c'est dans une proportion si minime qu'elle ne peut être évaluée en poids, et n'explique pas la perte considérable que subit ce principe lors d'une torréfaction faite avec soin ; perte qui est égale à près de la moitié de la caféine existant primitivement dans le grain ; et il a réussi à démontrer que la caféine disparue s'était transformée en une base volatile, la méthylamine (C^2H^5Az) qui a été découverte par M. Wurtz.

Voici les faits qui prouvent la transformation de la caféine en méthylamine pendant la torréfaction du café.

Si la caféine pure est soumise à l'action de la chaleur, et si la vapeur passe à travers un tube chauffé à près de 300 degrés centigrades (ce qui représente le calorique nécessaire pour la torréfaction), et rempli de fragments de pierre ponce qui retardent le passage des matières volatilisées, il n'y a qu'une faible décomposition ; la plus grande partie de la caféine restant intacte et la petite portion qui est modifiée ne donnant que du cyanogène comme produit spécial.

Cette expérience tendrait donc à prouver que ce n'est pas la caféine qui fournit l'alcaloïde qui existe dans le café grillé. Mais on obtient un tout autre résultat, si au lieu d'agir sur la caféine pure on expérimente sur cette substance lorsqu'elle est à l'état sous lequel elle existe dans le grain. Or M. Payen a montré que la caféine se trouve dans le grain sous la forme d'un tannate, c'est-à-dire une combinaison de cette substance avec un tannin spécial au café. Et en soumettant à l'action de la chaleur le tannate de caféine préparé avec le tannin de noix de galle, on obtient de la méthylamine comme avec le café vert ; ce qui prouve que ce composé se comporte, sous une température de 300 degrés centigrades, comme le tannate de caféine isolé par M. Payen. La totalité de la méthylamine, qui se forme pendant la torréfaction, ne se trouve pas dans le résidu solide ; une certaine proportion est entraînée avec les substances volatiles.

Il est facile d'obtenir l'alcaloïde du café grillé en distillant l'extrait de café, préparé avec de l'eau froide, avec une base faible

comme la chaux; de même que l'addition de cet alcali à une infusion met immédiatement en liberté la méthylamine, dont l'odeur ammoniacale est promptement appréciable. La liqueur alcaline ainsi obtenue est ensuite saturée par de l'acide chlorhydrique et évaporée à siccité; le résidu est traité par de l'alcool rectifié, bouillant, qui dissout le sel de méthylamine dans un état de grande pureté. Ce sel, distillé avec un morceau de potasse, perd sa base qui reste dans l'eau, dans laquelle elle est très-soluble; et enfin en saturant cette liqueur alcaline par de l'acide acétique, on obtient l'acétate de méthylamine, qui peut être employé de la même façon que l'acétate d'ammoniaque. Cette base a été extraite du café en assez grande quantité pour être reconnue à ses propriétés physiques et chimiques et au chlorure double qu'elle forme avec le platine.

L'existence de la méthylamine dans le café grillé étant parfaitement démontrée, on peut se demander si cette substance ne serait pas le principe ou l'un des principes auxquels il faut attribuer l'action excitante du café.

En effet, ces propriétés stimulantes ne doivent pas être attribuées à la caféine; car, outre que le café vert ne possède pas ces qualités, on a vu que la caféine disparaît en partie pendant la torréfaction.

L'acétate de méthylamine fut administré expérimentalement à sept malades du service de clinique de M. le professeur Béhier à la Pitié.

Le premier malade était un homme anémique, présentant une légère excitation du pouls, qui battait 105 fois par minute. 1 gramme d'acétate de méthylamine fut donné. Les premiers effets furent une augmentation de la fréquence du pouls et une diminution de la tension artérielle. Le maximum de la fréquence du pouls, 125 pulsations à la minute, fut atteint huit minutes après l'ingestion de la substance et persista quarante-six minutes. La tension artérielle, qui avait beaucoup baissé, commença alors à remonter. Une heure et dix-sept minutes après l'administration du médicament le pouls étant à 120, la tension artérielle était réellement plus haute qu'avant l'expérience et se trouvait très-notablement élevée.

La seconde expérience fut faite sur un jeune homme offrant une excitation fébrile du pouls, qui était à 105, mais chez lequel la force d'impulsion du cœur était beaucoup plus grande que dans le cas précédent, car le maximum de la courbe de la pulsation (1) fut

(1) Il s'agit ici, comme dans les observations suivantes, de la hauteur de la

obtenu avec une pression équivalant à 280 grammes (1), qui fut employée pendant l'expérience. 1 gramme d'acétate de méthylamine fut donné à neuf heures quarante-trois minutes du matin. Les premiers effets appréciables furent constatés à neuf heures cinquante-sept minutes ; la tension était sensiblement baissée et la fréquence du pouls avait diminué de 10 pulsations. A dix heures neuf minutes, la tension s'était relevée et le pouls était remonté à 102. A dix heures quarante et une minutes, une heure après la prise du médicament, la tension avait considérablement augmenté et avait dépassé son élévation primitive; le pouls était à 100 et on observa une singulière irrégularité de la ligne générale, marquant la pression artérielle, qui indiquait un degré inusité de l'influence des mouvements respiratoires. On ne constata à l'auscultation aucune altération des bruits du cœur. Le malade éprouva une sensation de refroidissement dans les extrémités inférieures.

Dans la troisième observation, il s'agissait d'un malade qui, avec un pouls à 87, présentait une ondée volumineuse (8 millimètres en hauteur) sous une pression de plus de 270 grammes. 1 gramme d'acétate fut donné, et l'on prit successivement quatre tracés, à plusieurs intervalles, dans l'espace de soixante et dix minutes. On constata une augmentation constante de la tension artérielle avec une accélération modérée du pouls. A la fin de l'expérience, la tension était très-notablement plus élevée qu'avant et le pouls battait 95 fois par minute. Le malade ne ressentit pendant tout le temps ni chaleur, ni douleur, ni aucune sensation appréciable.

Le sujet de la quatrième expérience était un homme atteint de péritonite chronique avec un pouls à 88 et donnant un tracé d'une bonne hauteur (6 millimètres sous une pression de 270 grammes). 3 grammes d'acétate furent donnés, et quatre tracés furent successivement pris à divers intervalles dans l'espace d'une heure.

---

ligne ascensionnelle qui, dans le tracé sphygmographique de chaque pulsation artérielle, indique la force avec laquelle la paroi du vaisseau est soulevée par le choc de l'ondée sanguine.

(1) Nous devons rappeler qu'on s'est servi, pour ces recherches, du sphygmographe de M. Marey, modifié par M. le professeur Béhier.

L'une des principales modifications apportées à l'instrument consiste en ce que le levier, dont l'extrémité libre doit se mouvoir sur la bande de papier, ne s'applique au niveau du trajet de l'artère radiale que par la pression d'une vis spéciale ; de plus, cette vis commande un petit cadran sur lequel la pression qui a été exercée est mesurée par des divisions qui représentent des grammes.

L'effet fut une élévation continue et progressive de la pression artérielle, la fréquence du pouls restant sans aucun changement. L'élévation de la tension constatée à la fin était très-considérable.

Le cinquième malade n'avait pas de fièvre; son pouls était à 72, avec une légère irrégularité, mais donnant, sous une pression de 299 grammes, une courbe de moyenne hauteur (5 millimètres). 1 gramme d'acétate fut administré et l'on prit successivement, dans l'espace de 80 minutes, sept tracés. Au bout de treize minutes, il se manifesta une élévation modérée de la tension, qui se maintint de 5 à 10 minutes. Trente-trois minutes après l'ingestion du médicament, la tension tomba au-dessous de son niveau primitif; le pouls était plus irrégulier et il y avait une notable ondulation de la ligne de descente de chaque pulsation. Vingt minutes plus tard, la tension s'était élevée plus haut que jamais; les oscillations avaient presque disparu et l'irrégularité que présentait encore le pouls, semblait soumise à une légère influence de la respiration. Vingt minutes plus tard encore, la tension était revenue à son niveau primitif. A la fin de l'expérience, elle s'était élevée au plus haut point qu'elle eût jamais atteint; le pouls était très-régulier et très-peu plus fréquent qu'avant la prise de la substance. La fréquence n'avait jamais été beaucoup modifiée pendant toute la durée de l'expérience.

Dans la sixième observation, il s'agissait d'un malade dont le pouls, à 105, donnait le maximum de la hauteur de la courbe (8 millimètres) sous une pression de 150 grammes seulement. Cette expérience fut imparfaite, parce que l'instrument avait glissé un peu avant qu'on eût pris le second tracé; mais les effets du médicament n'en furent pas moins très-sensibles. 1^{gr},50 d'acétate furent pris et le maximum de la tension artérielle fut atteint vingt-neuf minutes après; le pouls étant alors très-contracté et à 100, et le malade éprouvant un refroidissement général. Quinze minutes plus tard, il y eut subitement une sensation de chaleur et une sueur profuse, tandis que la tension était sensiblement abaissée et le pouls était à 115. A la fin de l'expérience, soixante-dix-huit minutes après l'ingestion de la substance, la tension avait baissé, mais se trouvait encore beaucoup au-dessus de son niveau primitif; le pouls était à 100 et la sensation de chaleur avait augmenté.

La septième expérience fut faite sur un homme atteint d'un rétrécissement de l'orifice aortique dont le pouls était à 100. La courbe s'élevait à 8 millimètres, et il n'y avait pas de dicrotisme.

1gr,50 d'acétate furent donnés, et cinq minutes après il y avait une très-notable élévation de la tension; le pouls était à 105. Dans les six tracés qui furent pris ensuite dans l'espace de quatre-vingts minutes, il y eut des oscillations de la tension; mais sur l'ensemble elle resta notablement élevée, et même, dans le dernier tracé, elle était beaucoup plus haute qu'avant l'administration du médicament. Le pouls était à 95 à la fin, mais il faut faire remarquer qu'il n'y eut aucune relation entre la fréquence du pouls et la tension pendant cette expérience.

Il résulte de ces expériences que l'acétate de méthylamine: 1° augmente la tension artérielle; 2° qu'il a peu d'influence sur la fréquence du pouls; 3° et que, dans certains cas, quand il est donné à haute dose, il rend le pouls irrégulier.

On peut ajouter que les observateurs qui ont étudié ses effets comparent son action à celle de l'acétate d'ammoniaque.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du traitement des cicatrices difformes par la cautérisation, la compression, au moyen du collodion et la gymnastique suédoise (1);

Par M. Bourguet, chirurgien de l'hôpital d'Aix.

De minimis curat prætor.

Les cicatrices difformes, particulièrement celles qui ont leur siége à la face, constituent un inconvénient assez sérieux pour que nous n'ayons pas besoin d'insister longuement sur l'importance des moyens capables d'en obtenir la guérison. Combien de personnes, de femmes surtout, dont l'existence se trouve empoisonnée, l'avenir même compromis, par suite de difformités de ce genre, qui ne reculeraient devant aucun sacrifice pour s'en voir débarrassées !...

(1) Nous avons pour principe de ne donner à nos lecteurs que des travaux originaux, cependant nous ne craignons pas de reproduire des articles parus dans d'autres journaux quand nous croyons y trouver l'intérêt du lecteur. C'est pourquoi nous nous sommes décidé à emprunter au *Montpellier médical* le mémoire d'un chirurgien de province bien connu de nos lecteurs, M. Bourguet (d'Aix), qui traite d'un point important de chirurgie pratique.

La chirurgie, il est vrai, s'est occupée depuis longtemps d'y porter remède à l'aide de sections, d'incisions, d'excisions et d'opérations autoplastiques habilement pratiquées et en général fort ingénieuses. On peut même dire, en toute vérité, que la *morphoplastie*, c'est-à-dire l'art de rétablir les parties dans leur forme primitive et de restaurer celles qui ont été détruites, n'a jamais été cultivée avec plus de succès que de nos jours. Mais, tout en reconnaissant ce que l'autoplastie chirurgicale a réalisé de progrès, à notre époque, et les services qu'elle a rendus ou qu'elle rend journellement dans les cas où elle est indiquée, on ne peut pas s'empêcher de reconnaître pourtant que l'emploi de l'instrument tranchant, outre qu'il n'est pas toujours accepté par les malades, ne convient pas non plus à tous les cas.

Ainsi, le bistouri n'est pas de mise dans les cicatrices peu saillantes, les crêtes, les brides, très-superficielles, les hypertrophies partielles du derme, les simples inégalités et les petites élévations irrégulières de la peau, les godets de la variole, les cicatrices colorées. Il ne convient même pas dans bon nombre de cicatrices plus étendues et exubérantes, à cause de la facilité avec laquelle le tissu de nouvelle formation s'ulcère et se détruit, en laissant une cicatrice nouvelle tout aussi apparente que celle que l'on avait voulu enlever.

C'est contre ces cicatrices disgracieuses, que l'on rencontre à chaque instant dans le monde, et dont les chirurgiens entreprennent rarement la cure, quoiqu'elles occasionnent fort souvent une difformité choquante quand elles sont placées dans un lieu en évidence, que nous avons dirigé le traitement sur lequel nous venons appeler aujourd'hui l'attention des chirurgiens.

Les résultats que nous en avons obtenus, depuis plus de huit ans qu'ont été institués nos premiers essais, ont été assez encourageants pour nous engager à persévérer dans cette voie.

Ainsi que l'indique même le titre de ce travail, le traitement auquel nous avons eu recours pour combattre les cicatrices difformes précédemment énumérées, se compose de plusieurs moyens associés en vue de ce résultat, et qui sont :

1° La cautérisation ;

2° La compression au moyen du collodion ;

3° La gymnastique suédoise.

Entrons dans quelques détails sur le mode d'application et le mode d'action de chacun de ces moyens :

1° Cautérisation. — Les seuls caustiques dont nous nous soyons

servi jusqu'à présent pour remplir la première indication, sont le nitrate d'argent, l'acide chromique et la teinture d'iode additionnée d'iodure de potassium, dans les proportions de 30 grammes de teinture d'iode pour 6 grammes d'iodure de potassium.

En nous adressant à ces caustiques légers, nous avons eu en vue de cautériser superficiellement les tissus cicatriciels, d'éviter l'ulcération et une suppuration prolongée, redoutant que l'application de caustiques plus énergiques ne produisît un accroissement de la difformité, au lieu de la guérir ou de l'améliorer, les tissus de cicatrice, comme nous le disions tout à l'heure et comme tout le monde le sait, offrant très-peu de résistance au travail ulcératif.

Quant à leur mode d'application, il est aussi simple que possible.

La partie exubérante de la cicatrice, la bride, la crête, l'inégalité disgracieuse de la peau, le pourtour du godet variolique, etc., sont cautérisés avec le crayon de nitrate d'argent, ou bien badigeonnés un peu fortement avec l'acide chromique ou la teinture d'iode iodurée. La seule précaution à prendre consiste à limiter très-exactement la cautérisation, ou le badigeonnage caustique, à la partie saillante et difforme de la cicatrice. Nous nous sommes servi très-souvent, pour pratiquer la cautérisation avec l'acide chromique, d'une simple allumette en bois, dont l'extrémité privée de phosphore est trempée dans cet acide et portée ensuite sur la partie à cautériser, en ayant la précaution de prolonger ce contact jusqu'à ce que la cautérisation paraisse suffisante, et y revenant, au besoin, une seconde et une troisième fois.

2° Compression. — Quelques instants après l'application d'un des caustiques susindiqués, une couche de collodion est étendue à l'aide d'un pinceau en poil de blaireau ou d'un pinceau de charpie, sur toutes les parties cautérisées. Le collodion, en se desséchant, se rétracte et forme un enduit, une espèce de revêtement qui comprime fortement la cicatrice. Si cette première couche, une fois sèche, ne paraît pas exercer une compression suffisante, on en applique une seconde et même une troisième, en limitant toujours l'application du collodion, de même, que celle des caustiques, à la surface cicatricielle qu'il s'agit de modifier. Dans quelques cas, afin de rendre la compression plus énergique et plus soutenue, nous avons recouvert les crêtes et les cicatrices exubérantes, après avoir étendu sur elles une ou plusieurs couches de collodion, d'une bandelette de peau de baudruche ou de linge très-fin fortement imbibé de ce liquide emplastique.

Le lendemain ou le surlendemain, si l'enduit se fendille ou si la bandelette se soulève, on étend une nouvelle couche de collodion au moyen du pinceau, et on y revient les jours suivants si l'indication s'en présente, c'est-à-dire si les parties cessent d'être comprimées.

Au bout de sept à huit jours, l'effet de la cautérisation et de la compression par l'enduit collodionné étant épuisé, ce dernier se détache de lui-même sous forme de croûte sèche, comme parcheminée, avec l'eschare superficielle consécutive à la cautérisation, et on voit apparaître la cicatrice à découvert. Sa surface présente déjà un aspect plus uniforme, et son relief extérieur est moins prononcé. On peut alors, soit recourir à une nouvelle cautérisation suivie de l'application du collodion, soit, ce qui nous a paru préférable, laisser reposer le malade pendant quelques jours et utiliser cet intervalle pour mettre en pratique la gymnastique suédoise.

3° Gymnastique suédoise. — Cette méthode, on le sait, envisagée d'une manière générale, a pour but d'imprimer à l'organisme des modifications favorables par des exercices ingénieusement combinés.

Appliqué au traitement particulier des cicatrices, elle consiste à mobiliser et à assouplir les tissus cicatriciels, en les comprimant, les déplaçant avec les doigts, les frictionnant dans tous les sens, jusqu'à ce que le malade ressente une douleur insupportable, et répétant cette opération un assez grand nombre de fois dans la journée; soit que le malade lui-même reste chargé de ce soin, soit qu'on ait recours pour cela à l'aide d'une personne étrangère. C'est du moins ainsi que nous avons procédé dans les cas où nous avons fait usage de ce traitement, quelque peu excentrique au premier abord, mais au fond quelque peu rationnel.

Après avoir soumis pendant quelques jours les cicatrices à des pressions, à des déplacements et à des malaxations variées, nous recommençons le traitement par la cautérisation et la compression au moyen du collodion de la manière précédemment indiquée. — Ces alternatives de cautérisation, de compression et de massage sont continuées jusqu'à ce que le but poursuivi soit atteint, à la satisfaction du malade et du médecin, c'est-à-dire que la cicatrice ait disparu ou soit sensiblement améliorée.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, ce traitement mixte des cicatrices a été souvent employé par nous depuis une huitaine d'années. Nous n'avons pas conservé des notes détaillées sur tous les cas qui y ont été soumis; mais nous ne croyons pas trop dire cepen-

dant en affirmant que nous l'avons mis en pratique chez une trentaine de malades. Voici, au reste, quelques-uns de ces cas sur lesquels nous possédons des renseignements précis ; ils achèveront de donner une idée exacte du traitement et des circonstances dans lesquelles il peut être utile.

Obs. I. Célestine B***, âgée de onze ans, de Cavaillon (Vaucluse), nous est amenée par sa mère, le 8 octobre 1860. Elle porte sur la face et à la partie supérieure du cou un grand nombre de cicatrices difformes remontant à cinq ans, consécutives à une brûlure profonde et très-étendue de ces deux régions. La lèvre inférieure est renversée en dehors et attirée en bas par deux brides cicatricielles étendues de l'angle des lèvres au menton. Ses joues présentent de chaque côté une série de cicatrices qui, partant de l'oreille, se dirigent vers le cou, le menton et la lèvre inférieure. Dans l'intervalle des cicatrices, la peau est de couleur rouge sombre et fortement hypertrophiée dans ses couches superficielles. Dans d'autres points, elle est rétractée et forme des crêtes et des rides très-apparentes. Ces hypertrophies partielles de la peau, jointes aux reliefs cicatriciels, au renversement de la lèvre inférieure, à l'aspect rouge vineux d'une grande partie de la face, impriment à la physionomie de cette jeune fille un aspect véritablement repoussant, et font vivement désirer à la famille que l'art puisse, sinon guérir, au moins améliorer cette fâcheuse situation.

Nous commençons le traitement par la section des brides qui déterminent le renversement de la lèvre inférieure. Cette section est pratiquée avec un petit kératotome à deux tranchants (couteau de Venzel). La section, au lieu d'être faite directement d'avant en arrière, est pratiquée obliquement de haut en bas, de manière à tailler de chaque côté un lambeau en V, à base supérieure. La lèvre une fois remontée, le lambeau est fixé en place à l'aide d'une petite bandelette enduite de collodion, et contracte des adhérences. Le reste de la plaie se cicatrise par seconde intention, et le renversement de la lèvre ne se reproduit pas. Mais la difformité résultant des cicatrices saillantes, des crêtes, des rides, des inégalités de la peau, de son hypertrophie partielle, de sa couleur rouge sombre, persiste toujours.

Nous songeons alors à attaquer ces lésions par la cautérisation, la compression et le massage des cicatrices.

En conséquence, le 28 octobre 1860, nous pratiquons une première cautérisation des points les plus exubérants, à l'aide du nitrate

d'argent, après quoi une couche de collodion est étendue par-dessus, recouvrant ainsi entièrement la partie qui vient d'être cautérisée. Le résultat favorable de cette première tentative nous engage à la recommencer au bout de quelques jours, en étendant la cautérisation et l'application du collodion à toutes les parties dont l'exubérance occasionne de la difformité. Quant aux parties de la face qui ne présentent qu'une simple coloration anormale, nous nous bornons à les badigeonner avec de la teinture d'iode additionnée d'iodure de potassium, et à les recouvrir, comme les points précédents, d'une couche de collodion.

Au bout de sept à huit jours, la croûte se détache et laisse à découvert toutes les cicatrices, qui présentent déjà un peu moins de saillie et un aspect plus uni. Nous instituons alors la gymnastique suédoise telle qu'elle a été indiquée plus haut. La malade s'y prête assez facilement, quoique le massage et la mobilisation des tissus indurés provoque une douleur très-vive. Quatre jours après, nous revenons à la cautérisation et à la compression collodionnée. Ce traitement est continué sans changement jusqu'au mois de janvier 1861, c'est-à-dire que tous les dix ou douze jours nous pratiquons une cautérisation suivie d'une application de collodion, consacrant pendant cet intervalle trois ou quatre jours à frictionner, à pétrir et à mobiliser les cicatrices.

Sous l'influence de ce traitement, les crêtes et les brides diminuent de saillie, ainsi que la coloration anormale des téguments. Ceux-ci sont en outre moins luisants d'une cicatrice à l'autre, et la peau y est manifestement plus souple et plus mobile. Le tissu cicatriciel, de son côté, se rapproche davantage du tissu cutané ; en un mot, la difformité générale, sans avoir complétement disparu, est infiniment moins prononcée, et la physionomie de cette jeune fille n'est pas comparable à ce qu'elle était au moment de son arrivée à Aix, comme en témoignent les deux photographies que nous en avons fait prendre avant et après la dernière partie du traitement (1). Ajoutons que nous avons eu occasion de revoir la malade il y a peu de temps, et que nous avons pu constater que des changements favorables se sont encore produits depuis notre dernier examen.

Nous avons cru devoir rapporter cette observation un peu longuement, parce qu'elle a été le point de départ de nos recherches.

(1) La première de ces photographies n'a pu être prise qu'après la section des brides qui renversaient la lèvre inférieure.

sur le traitement des cicatrices difformes. Elle présente d'ailleurs, par elle-même, un intérêt incontestable, en raison de l'étendue de la difformité, de l'ancienneté des lésions et du résultat obtenu. On verra que ce résultat n'a pas été moins satisfaisant dans tous les autres cas.

Obs. II. Dans les premiers jours de février 1861, nous sommes consulté par le nommé L. B***, charcutier, âgé de vingt-neuf ans, pour une cicatrice qu'il porte à la racine du nez, consécutive à une plaie contuse. Cette cicatrice, remontant à un mois et demi environ, se présente sous la forme d'une crête irrégulière, de couleur violacée, de 3 centimètres de long sur 3 à 4 millimètres de large et 2 à 3 millimètres de saillie extérieure. Le siége apparent de cette lésion, son irrégularité, sa coloration anormale, son relief au-dessus du niveau de la peau, constituent une difformité très-prononcée.

5 février 1861. Toute la partie exubérante de la cicatrice, préalablement mouillée avec un peu d'eau, est cautérisée avec le crayon de nitrate d'argent. Immédiatement après, application d'une couche de collodion, comme dans le cas précédent.

11. Chute de la croûte parcheminée, qui se détache par plaques, sans suppuration en dessous. Application d'une nouvelle couche de collodion, sans cautérisation préalable, n'ayant pas en ce moment sur nous du nitrate d'argent.

18. La couche de collodion est presque partout soulevée et laisse apercevoir une très-grande diminution dans le relief extérieur de la cicatrice; la coloration de cette dernière n'est plus violacée et se rapproche davantage de celle de la peau environnante; gymnastique suédoise.

23. Nouvelle cautérisation avec enduit collodionné.

18 mars. Cessation de tout traitement; la difformité n'est presque plus apparente.

Ici la cicatrice était récente, et par conséquent non encore définitivement organisée. Il est hors de doute qu'abandonnée sans traitement, elle eût subi peu à peu un travail de rétraction qui aurait diminué son étendue, sa saillie et sa coloration particulière. Mais, tout en reconnaissant la part qui revient au temps et à la nature, nous n'hésitons pas à croire néanmoins que la difformité n'aurait pas disparu d'elle-même aussi rapidement et aussi complétement; bien plus, nous restons persuadé que cet homme aurait conservé toute sa vie une cicatrice saillante et apparente, au lieu d'une cicatrice linéaire et imperceptible qui lui reste aujourd'hui.

Obs. III. J. B***, fille du précédent, âgée de six ans, présente à la partie supérieure et moyenne du front une cicatrice déprimée et adhérente, remontant à plus d'un an, suite de plaie contuse. Les bords en sont légèrement frangés et irréguliers, l'aspect fort désagréable à la vue.

Le traitement est commencé en même temps que celui du père. Toutes les parties frangées, qui forment un relief extérieur, ainsi que le pourtour de la dépression cicatricielle, sont cautérisées avec le nitrate d'argent et recouvertes ensuite de collodion, en évitant d'appliquer l'enduit emplastique sur la partie déprimée.

Après la chute de l'eschare et de l'enduit collodionné, gymnastique suédoise pendant six ou sept jours. Au bout de ce temps, reprise de la cautérisation et de la compression. Ce traitement est continué pendant deux mois. A cette époque, la cicatrice a à peu près complétement disparu; les téguments ont repris partout de la mobilité. Nous cessons de voir la malade, en recommandant aux parents de continuer encore la mobilisation de la cicatrice et sa malaxation dans tous les sens. La difformité aujourd'hui est inappréciable.

Dans ce cas, la gymnastique suédoise nous a surtout rendu service, en faisant disparaître les adhérences qui fixaient la face profonde de la cicatrice à la face externe de l'aponévrose occipito-frontale, cause principale de la difformité dont cette jeune fille était atteinte. Nous sommes convaincu pourtant que la cautérisation et la compression, en rendant plus unie la peau qui formait le pourtour du point déprimé et en diminuant les petites irrégularités que l'on y rencontrait, ont aussi concouru, de leur côté, aux bons effets du traitement.

Obs. IV. Julie M***, âgée de six ans, porte une cicatrice déprimée vers le milieu du front, mesurant 2 centimètres de long sur 6 millimètres de large et de 1 millimètre de profondeur, remontant à deux ans, consécutive à une chute.

16 juillet 1862. Cautérisation du pourtour de la cicatrice et application d'une couche de collodion, en laissant le centre à découvert; gymnastique suédoise après la chute de l'eschare, en recommandant à la personne chargée de ce soin de mobiliser tout particulièrement la portion adhérente de la cicatrice. Au bout d'un mois et demi de traitement, disparition presque complète de la difformité, continuation du massage et de la mobilisation pendant quelque temps encore, mais à intervalles éloignés. Aujourd'hui, six ans après, il n'existe plus de traces apparentes de cette lésion.

Les réflexions dont nous avons accompagné l'avant-dernière observation, à propos de l'utilité comparative de la gymnastique suédoise et des autres moyens qui lui ont été associés chez nos malades (cautérisation et compression), nous paraissent de tout point applicables à l'observation que l'on vient de lire et à celle qui suit.

Obs. V. Alphonsine A***, âgée de vingt ans, est atteinte à la joue droite d'une cicatrice de forme irrégulièrement ovalaire, dépassant le niveau des téguments voisins, consécutive à une brûlure survenue six mois auparavant, par l'effet d'une chute faite pendant le sommeil sur un poêle de fonte chauffé presque au rouge.

La cicatrice est étendue depuis le lobule de l'oreille jusqu'au menton ; elle mesure 57 millimètres de long, 18 de large, 6 de relief extérieur, dans les points les plus saillants.

Le traitement est commencé le 25 mai 1861, et continué jusqu'à la fin de juillet. Il est pratiqué, dans cet intervalle d'un peu plus de deux mois, six cautérisations, dont quatre avec le nitrate d'argent et deux avec l'acide chromique, suivies chacune de l'application de collodion et de mouvements gymnastiques. A cette époque, la cicatrice est réduite aux dimensions d'une pièce de 20 centimes; elle ne forme plus la moindre saillie extérieure; la peau qui la revêt est souple, lisse, se rapproche très-sensiblement de celle du reste de la face quant à la coloration ; en un mot, il ne reste presque plus de trace de la difformité. La malade a été perdue de vue depuis lors.

Dans ce dernier cas, la forme, l'étendue, le siége spécial de la cicatrice, son exubérance au-dessus du niveau de la peau constituaient une difformité très-apparente et très-pénible pour une jeune personne de vingt ans, dont le visage se trouvait ainsi complétement défiguré. Le service rendu a donc été considérable et fort apprécié. Il ne l'a pas été moins dans les deux cas suivants.

Obs. VI. Mlle X***, âgée de vingt-deux ans, a été atteinte d'une variole confluente, en 1861. A la suite de cette maladie, la face est restée creusée de nombreux godets ; il existe également plusieurs crêtes et plusieurs brides superficielles sur le nez, le front, dans le sillon naso-jugal, au menton. Ces creux et ces cicatrices ont considérablement altéré l'aspect de la physionomie de Mlle X*** ; aussi accepte-t-elle avec empressement la proposition qui lui est faite de tenter d'y remédier.

Le 25 septembre 1862, nous pratiquons une première cautérisation des crêtes et des points exubérants, ainsi que du pourtour des principaux godets varioliques, après quoi toutes ces surfaces sont

recouvertes d'une forte couche de collodion, et, dans quelques endroits, de petites bandelettes de baudruche enduites de ce liquide. Après la chute de l'eschare et du collodion, gymnastique suédoise pendant une huitaine de jours, répétée cinq à six fois dans la journée; puis reprise de la cautérisation et de la compression; et ainsi de suite, comme dans les cas ci-dessus. Ce traitement est continué pendant les mois d'octobre et de novembre. A cette époque, quoique les stigmates de la variole n'aient pas entièrement disparu, la situation de Mlle X*** est cependant extrêmement améliorée, les crêtes et les points saillants se sont affaissés; les creux sont moins profonds; la peau a pris un aspect plus uni; en un mot, la physionomie de cette jeune personne est changée d'une façon très-heureuse.

Obs. VII. Mme G***, âgée de trente-deux ans, a conservé, de même que Mlle X***, de très-nombreuses marques d'une variole confluente. Il lui reste particulièrement des creux profonds à contours irréguliers, au milieu du front et sur les ailes du nez, ainsi que plusieurs coutures fort disgracieuses dans le sillon naso-jugal et au menton.

Le traitement est commencé peu de temps après la dessiccation des pustules varioliques, dès que la difformité peut être constatée. Il n'offre rien de particulier dans son application, et le résultat en est tout aussi satisfaisant que dans le cas précédent, c'est-à-dire que, sous son influence, dans l'espace d'un mois et demi à deux mois, les godets diminuent de profondeur, en même temps que les crêtes s'affaissent et s'assouplissent, et que la physionomie elle-même prend un aspect beaucoup plus régulier.

Nous croyons inutile de multiplier les observations particulières. Celles qui précèdent, ajoutées aux détails dans lesquels nous sommes entré en commençant, suffisent pleinement pour faire comprendre le but que nous nous sommes proposé et le moyen à l'aide duquel il a été atteint, en même temps qu'elles établissent l'utilité du traitement, son mode d'action, les effets qu'il produit, les services qu'il peut rendre.

Ces faits nous autorisent à espérer que nos confrères voudront bien expérimenter, à leur tour, cette méthode. Nous aimons à nous persuader qu'ils resteront convaincus qu'elle ne se recommande pas seulement par son *innocuité complète* et par son *extrême simplicité*, mais encore par son *efficacité très-réelle*, dans les cas spécifiés ci-dessus.

Nous aimons à nous persuader aussi que ces tentatives montreront aux personnes étrangères à notre art que la chirurgie, dans sa

marche incessante vers le progrès, s'efforce toujours d'être utile, et qu'elle ne se borne pas simplement à combattre les maladies et les accidents de toute sorte auxquels l'homme est journellement exposé, mais qu'elle réclame encore, comme faisant partie de son domaine, la plupart des difformités physiques qui troublent et empoisonnent souvent l'existence à l'égal des maladies véritables.

CHIMIE ET PHARMACIE

Emploi thérapeutique du sel des bains de boue de Franzensbad (Bohême);

Par le docteur A. Labat, membre de la Société d'hydrologie médicale de Paris.

Des observateurs distingués, médecins praticiens des eaux de Franzensbad (Bohême), ont fait connaître au monde savant les vertus de leurs bains de boue (*Moorbäder*); médication presque unique dans son genre, si l'on considère la richesse des éléments minéraux. Ces bains ne peuvent être pris que sur les lieux mêmes; car il serait à peu près impossible d'exporter la terre marécageuse (*Moor*) qui y entre en quantité trop considérable. Il était donc désirable qu'on pût substituer à cette terre massive un extrait, un produit chimique qui, sous un volume réduit, représentât à peu près sa composition et, autant que possible, ses effets curatifs.

Plusieurs médecins étrangers, partisans des bains de boue de Franzensbad, ayant exprimé ce vœu et signalé cette lacune, M. Khittl, pharmacien de la ville, s'est chargé de répondre à leurs désirs : son produit, connu sous le nom de *sel des bains de boue de Franzensbad* (*Franzensbadereisenmoorsalz*), a déjà conquis une place honorable dans les principales villes d'Allemagne. A Berlin, depuis 1864, il a été essayé aux cliniques des professeurs Frerichs et Ebert, et des docteurs conseillers Berend et Herzberg, dans les hôpitaux de la Charité et d'August-Strasse; un peu plus tard, 1866, il a été recommandé à Vienne par les professeurs Oppolzer, Hebra et les deux Braun, qui l'ont appliqué à leur spécialité des maladies utérines. Les docteurs Weinberger, de Vienne, et Dürhoff, de Gross-Elsenheim, ont publié, le premier dans la *Presse médicale* de Vienne, le second dans le *Deutschen badezeitung*, deux articles thérapeutiques

accompagnés d'observations personnelles. Enfin plusieurs notices favorables émanées de la pratique des médecins russes, polonais et valaques sont venues confirmer les premières espérances.

Durant le cours de mes études balnéologiques en Bohême (août et septembre 1868), j'ai pu connaître par moi-même le mode de préparation de ce nouvel agent et coordonner les renseignements relatifs à son administration et à ses effets; c'était le complément des matériaux que je venais de recueillir à Franzensbad même sur les boues et sur les bains de boue.

Depuis longtemps on prépare à Franzensbad un sel laxatif dit *sel d'Egra;* il provient des efflorescences (*Auswitterungen*) salines qui se forment par un temps sec et chaud à la surface de la prairie marécageuse. Les efflorescences sont de deux espèces : les unes, blanchâtres, ressemblent à une couche mince de neige répandue sur le sol; les autres, d'un vert ou d'un brun jaunâtre, se présentent sous l'aspect d'une croûte saline plus épaisse et plus ferme. Elles sont constituées principalement par du sulfate de soude, des carbonates de soude et de chaux, des chlorures de sodium et de magnésium, du sulfate de fer. On dissout ces efflorescences dans l'eau minérale, on filtre et on laisse cristalliser; les éléments solubles seuls se conservent dans le produit salin. Si l'on a soin, comme le conseille Reuss, de prendre de préférence les parties blanches, il renferme beaucoup moins de sulfate de fer. Le sel d'Egra, préparé de la sorte, contient le plus ordinairement une proportion dominante de sulfate de soude, plus de 10 pour 100 de chlorure de sodium et environ 10 pour 100 de sulfate de fer, un peu de carbonate de soude, etc.

Le sel de M. Khittl diffère du sel d'Egra et par sa préparation et par sa constitution chimique. M. Khittl prend parties égales d'efflorescences salines et de terre marécageuse (*Moor*) telle qu'on l'emploie pour les bains, c'est-à-dire ayant subi plusieurs mois le contact de l'air, et par suite un travail d'oxydation qui la transforme; il les mêle ensemble, y ajoute environ un tiers d'eau et laisse digérer à froid pendant deux jours. La surface se couvre d'une écume épaisse, et dans le fond se déposent les parties insolubles. Alors il soutire le liquide qui entraîne les sels les plus solubles, sous forme d'une lessive d'un jaune gris sale; il le soumet à l'ébullition pendant une journée dans une chaudière et le concentre par l'évaporation. Enfin il laisse refroidir et cristalliser

deux ou trois jours dans des auges de bois. A la surface de ces auges, sur leurs parois et surtout au fond, s'amassent des produits cristallins d'un jaune brun clair, parmi lesquels on distingue des prismes rhomboïdaux plus volumineux et d'un plus beau vert, où domine le sulfate de fer. Reste l'eau mère, liqueur poisseuse, assez caustique, d'un jaune brun, fonçant au contact de l'air; les cristaux recueillis dans des caisses de bois sèchent au grenier. Le sel devient d'un gris noir sale; sa cassure est d'un blanc jaunâtre tournant rapidement au gris ou au brun: en cet état il est livré à la consommation.

On ne peut se dissimuler que le sel ainsi préparé n'est point agréable à l'œil. Auparavant M. Khittl le livrait plus blanc et plus pur, mais pour éviter la teinte brune, il faisait disparaître en partie le sulfate de fer: le produit, plus flatteur au point de vue de l'apparence, présentait le double inconvénient d'une fabrication plus coûteuse et d'une composition moins analogue à celle du bain de boue.

L'analyse chimique en a été faite dans le laboratoire du professeur Rochleder à Prague.

	Grains à la livre.	Grammes au kilogramme.
Sulfate de soude	2845,5	370,40
— de magnésie	64,5	8,40
— de chaux	22,3	2,90
— d'alumine	298,7	38,83
— de protoxyde de fer	2060,0	268,00
Acide sulfurique libre	6,8	0,89
— silicique	8,3	1,08
— phosphorique	2,2	0,29
— chlorhydrique	12,2	1,59
— humique	9,0	1,17
— humus	29,0	3,77
Eau de cristallisation	2321,5	304,00
Total	7680,0	1000,00

Si l'on compare cette analyse à celle des boues de Franzensbad, on retrouve de part et d'autre les mêmes sels solubles, sauf les différences de proportion. Sur 1000 parties de terre marécageuse ayant subi le contact de l'air, la nouvelle analyse indique 252 parties solubles ; mais il s'agit de la terre privée d'eau, celle qu'on emploie contient 824 d'eau et 45 seulement de parties solubles. Le sel en question, entièrement soluble, fournit donc au moins vingt

fois autant d'ingrédients que la boue au véhicule qui doit le dissoudre, c'est-à-dire à l'eau du bain; donc 1 kilogramme de sel représente 20 kilogrammes ou 40 livres de boue. Or la dose ordinaire de la boue étant de 40 ou 60 kilogrammes, il faudrait à la rigueur 2 ou 3 kilogrammes de sel de Khittl pour se placer dans les mêmes conditions. Les praticiens allemands se contentent d'une dose moindre; ils ont suivi en cela l'habitude généralement adoptée pour les bains alcalins ou salins artificiels qui renferment moins de substances minérales que ceux donnés sur place. Il faut encore tenir compte de la capacité moindre des baignoires employées à domicile.

Pour préparer un bain artificiel analogue aux bains de boue de Franzensbad, on dissout 2 livres allemandes (environ 1 kilogramme) de sel de Khittl dans l'eau chaude; on mêle cette solution à l'eau du bain. S'il s'agit d'un bain de siége, une demi-livre suffira; pour les autres bains locaux, ou pour les bains d'enfants, la quantité de sel sera proportionnelle à la quantité d'eau.

La température de ces bains variera de 24 à 30 degrés Réaumur; la durée, d'une demi-heure à une heure, et le nombre sera fixé suivant les données de la pratique de Franzensbad, quinze, vingt, trente et au delà, d'après les indications.

L'emploi de ces bains artificiels est encore trop récent pour qu'on puisse le préciser en thérapeutique. Jusqu'ici les médecins de Vienne et de Berlin en ont fait particulièrement usage : contre les états anémiques et la chlorose, les flux muqueux atoniques (blennorrhée, flueurs blanches, hémorrhoïdes muqueuses), contre les maladies utérines dominées par l'état nerveux et anémique, et surtout contre la tendance au relâchement et au prolapsus des organes génitaux; contre certaines affections névralgiques et spasmodiques; enfin certaines incontinences urinaires, spermatiques, etc. Si l'on veut tirer d'autres indications de l'expérience acquise par la médication de Franzensbad, on pourra prescrire rationnellement le sel de boue (*Moorsalz*) contre bien d'autres maladies telles que rhumatisme et scrofule dans leurs formes atoniques et torpides; affections cutanées entretenues par le peu de vitalité de la peau; hémorrhagies des muqueuses non accompagnées de congestions actives; paralysies sans imminence d'accident vers les centres, enfin engorgements chroniques articulaires.

Néanmoins il ne faudrait pas avoir la prétention de retracer fidèlement au moyen de cet extrait chimique tout le cercle d'action thérapeutique des bains de boue. On a beau concentrer aussi ri-

goureusement que possible les éléments solubles de cette terre médicamenteuse, il reste à tenir compte des parties insolubles, de leur action mécanique et du milieu tout spécial que la boue liquide offre au baigneur. D'autre part, est-il un médecin assez exigeant pour demander qu'un produit artificiel soit l'équivalent d'un agent naturel? Les bains donnés au loin avec les eaux mères transportées de Kreuznach, de Nauheim ou de Salins, ne sauraient valoir ceux qu'on administre dans les localités elles-mêmes. Et cependant l'exportation des eaux mères rend depuis longues années de grands services. M. Khittl a fait la même chose pour Franzensbad, dans l'intérêt des malades non transportables et de ceux auxquels leur position ne permet pas le voyage; de France, par exemple, on ne se décide pas facilement à l'excursion de Bohême. Ces bains artificiels ont un autre avantage, ils peuvent servir, jusqu'à un certain point, de pierre de touche pour savoir comment les bains de boue seront supportés, et encore de cure préparatoire ou consécutive (*Nachcur*).

Toutes ces considérations m'ont déterminé à écrire ces quelques lignes pour appeler l'attention sur une bonne idée pratique, actuellement en voie de propagation dans le monde scientifique de l'Allemagne.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Traitement médical de l'étranglement herniaire.

L'observation insérée récemment dans le *Bulletin de Thérapeutique*, par M. le docteur Phélippeaux, remet en mémoire un petit travail que j'ai publié en 1865 dans le même journal sur l'emploi topique de l'huile de croton tiglium dans l'étranglement herniaire et m'engage à revenir aujourd'hui sur une question qui n'a cessé d'être un objet de recherche pour moi, à savoir le traitement médical des hernies étranglées.

Je vais peut-être fronder les autoritaires de la chirurgie, leur paraître quelque peu paradoxal ou timoré du bistouri; mais je persiste à croire que, dans l'espèce, l'intervention chirurgicale est généralement prématurée, quand le taxis prolongé et progressif, si justement recommandé par M. le professeur Gosselin (il nous a donné naguère encore un succès inespéré), quand les moyens thérapeutiques offrent à l'art de si puissantes ressources, dépourvues de tout danger.

Le taxis est, à coup sûr, une manœuvre dans laquelle les connaissances anatomiques doivent d'abord guider la main de l'opérateur, et nous n'avons pas besoin d'en rappeler les préceptes classiques : mais c'est aussi, et dans une large proportion, une affaire de doigt, de dextérité, dans laquelle certaines personnes étrangères à la médecine, des malades porteurs de hernies, réussissent beaucoup mieux que les initiés. Je me souviens d'une sœur d'hôpital qui, à l'époque où je fréquentais les hôpitaux, réduisait les hernies d'une façon très-habile. Elle était attachée au service d'un chirurgien de nom illustre qui lui-même exécutait la kélotomie avec un soin et un bonheur particuliers. On s'explique que le taxis rencontre autant d'adeptes que d'indifférents.

Mais on s'accorde à faire peu de cas des agents médicaux vantés contre l'étranglement herniaire; ils sont rejetés par les auteurs, y compris le dernier venu parmi eux, M. le professeur Gosselin. C'est un tort grave contre lequel nous venons encore nous efforcer de réagir ; nous n'avons à notre service d'autre argument que le langage des faits. Le suivant est un nouvel exemple de l'importance réelle du traitement pharmaceutique de l'étranglement externe tel que nous l'avons déjà formulé :

La femme G***, âgée de quarante-cinq ans, que j'ai traitée pendant l'été d'une dysenterie bilieuse, était entièrement guérie quand, le 26 octobre au soir, après avoir copieusement mangé, elle fut pendant la nuit prise d'indigestion. Celle-ci commença par quelques vomissements, mais elle fut surtout intestinale et se manifesta durant trente-six heures par une diarrhée lientérique répétée et très-abondante. Quelques symptômes dysentériques reparurent, et particulièrement le ténesme; c'est pendant un effort de défécation, au milieu de la nuit du 27 au 28, que la femme G***, qui portait depuis longtemps dans l'aine gauche une tumeur dont elle ne s'était jamais préoccupée, sentit cette dernière grossir tout à coup et devenir douloureuse. Mais son attention resta encore tout à fait éloignée de cet incident.

Mandé le 28 auprès de cette malade, elle nous raconte le simple fait de son indigestion et ajoute que, depuis la nuit, les vomissements ont récidivé; elle était sans fièvre, présentant une langue fortement saburrale. Nous nous arrêtons à l'énoncé de ce récit, croyant être en présence d'une de ces indigestions intestinales si fréquentes chez les valétudinaires dysentériques. Nous prescrivons la sévérité du régime pendant quelques jours et en même temps

l'usage, par trois cuillerées chaque jour avant le repas, de l'élixir au colombo, préparation tonique que nous avions déjà très-avantageusement conseillée lors de l'entrée en convalescence.

Le 30, le mari de la femme G*** vient me réclamer à la hâte en me disant que les vomissements, loin de cesser, ont redoublé d'intensité ; que la faiblesse est très-grande ; que sa femme lui semble courir un danger sérieux.

Arrivé auprès de ma cliente, j'apprends, en l'interrogeant une seconde fois, l'existence d'une tumeur dans l'aine et je découvre à l'inspection une hernie inguinale, étranglée à l'orifice externe du trajet inguinal, offrant le volume du poing, la hernie en s'étranglant ayant plus que doublé de dimension. Elle est ovalaire, allongée à convexité, tournée en haut et en dedans, très-douloureuse au toucher, tendue, rubéfiée.

Le taxis, pratiqué à plusieurs reprises d'une façon prolongée, demeure infructueux.

Les symptômes d'étranglement sont d'ailleurs urgents; aucune garde-robe depuis la nuit du 26-27, vomissements bilieux et poracés, à odeur fécaloïde, laissant dans la bouche une saveur fétide qui empoisonne la malade. Ventre ballonné et très-sensible au palper; face grippée; langue effilée; soif; pouls petit, misérable.

L'opération était indiquée à bref délai. Cependant nous voulûmes, avant d'y recourir, temporiser quelques heures et tenter le traitement suivant :

1° Onction renouvelée toutes les demi-heures sur la hernie et la peau circonvoisine avec un liniment glycéro-crotonique composé de 5 grammes de croton tiglium et 5 grammes de glycérine. Agiter avant l'usage et recouvrir de ouate. Le glycérolé servit à deux onctions ;

2° Une heure après l'imbibition crotonique, administration en une fois de la mixture qui suit :

Huile de ricin	} ãã	20 grammes.
Sirop de limons		
Eau distillée de menthe		
Teinture de rhubarbe		15 —

Remuer vivement avant l'ingestion.

3° Deux heures après la prise purgative on devra donner, à une demi-heure d'intervalle, deux demi-lavements purgatifs (50 gram-

mes de sulfate de soude et 30 grammes de séné par 250 grammes d'eau).

La médication, combinée de la sorte, fut scrupuleusement observée. Une demi-heure après le second lavement, première selle, suivie de deux autres immédiates, toutes très-abondantes. Au milieu des matières de la seconde, on distingue l'aspect gras de la potion ricinique.

La hernie est réduite ; les vomissements se suspendent ; une nuit de sommeil réparateur s'ensuit. Le 31 octobre tout est rentré dans l'ordre, et la femme G*** peut subir l'application d'un bandage efficacement contentif.

Le traitement, on le voit, se compose de trois phases que nous allons passer en revue.

A. Imbibition réitérée de la tumeur herniée par le glycérolé crotonique (parties égales de glycérine pure et d'huile de croton). Il faut au préalable raser la peau, la laver à l'eau de savon tiède et l'essuyer avec un linge de toile fine. Nous avons dit que la glycérine émultionnait parfaitement l'huile de croton et que celle-ci, dans cet état, est rapidement absorbée par la peau, dont la rubéfaction, résultat de l'appel inflammatoire, augmente d'autant la faculté absorbante. C'est là un fait établi physiologiquement et que nous n'avons pas besoin de revendiquer.

Une condition essentielle au succès de la méthode, et qui fait plus souvent défaut qu'on ne pense, consiste à se servir d'une huile de croton pure, obtenue et préparée par le pharmacien lui-même. Autrement l'huile du commerce, fournie par la voie d'Angleterre, est souvent falsifiée, en raison de son prix élevé, et comparativement peu active.

B. Administration d'un purgatif par la bouche, deux heures après l'imbibition crotonique. Le purgatif que nous avons choisi est une potion à l'huile de ricin, additionnée de teinture de rhubarbe. On nous objectera, ce qui est vrai, que les purgatifs sont rarement tolérés dans la circonstance. Cette mixture est une de celles qui sont le mieux supportées par les malades ; la rhubarbe, on le sait, a quelque chose de spécialement antiémétique.

C. Le lavement purgatif une heure après la potion purgative. Le séné uni au sulfate de soude, formule adoptée dans les hôpitaux de Paris et par le nouveau Codex, constitue un évacuant très-énergique du gros intestin et un des plus efficaces, des plus certains que nous connaissions.

On peut maintenant interpréter de la façon la plus rationnelle ce traitement indiqué. Le purgatif, ingéré par la bouche, agit sur tout le parcours de l'intestin, mais de préférence sur l'intestin grêle; administré par le rectum, il se spécialise au contraire presque uniquement sur le colon. D'où résulte, en résumé, sur la totalité du tube digestif, une stimulation générale et progressive de ses contractions péristaltiques, laquelle se propage par contiguïté à l'anse étranglée et peut, dans une certaine mesure, aider à rétablir le cours des matières intestinales. Mais ces deux moyens ne sont en réalité que secondaires, l'expérience l'a suffisamment démontré, lorsqu'ils ont été seuls usités. On arrive ainsi à triompher de l'engouement, mais non pas des hernies véritablement étranglées.

L'action curative principale déduite de nos observations dérive de l'huile de croton et des violentes contractions fibrillaires, de l'irritation secrétoire que provoque le drastique sur la portion intestinale emprisonnée dans le sac. Au moment où la hernie, à force de réagir sur elle-même, rentre brusquement dans la cavité abdominale, il se produit presque aussitôt une superpurgation, une véritable débâcle. La médication n'offre de chance sérieuse que dans ces hernies intestinales proprement dites, dans celles où l'intestin lui-même a franchi les anneaux constricteurs.

Terminons par un court aperçu statistique qui, bien que fondé sur des chiffres peu élevés, n'en porte pas moins son enseignement et la conclusion formelle que nous avons pu éviter à plusieurs malades les risques du débridement (1).

Dans le cours des six années qui forment le bilan modeste de notre exercice médical, nous nous sommes trouvé onze fois en face de l'étranglement herniaire; nous ne distinguons pas crural ou inguinal, ce qui importe peu ici. Chez tous nos malades nous avons d'abord naturellement épuisé le taxis, et trois fois seulement nous avons réussi; chez huit, le traitement crotonique a été employé, et quatre fois avec succès. Les quatre autres ont dû être débridés; deux opérés ont survécu. Les quatre sujets, guéris par l'emploi topique de l'huile de croton tiglium, auraient dû nécessairement subir la kélotomie; tous auraient-ils échappé au péril de cette redoutable opération ?

A ceux de nos confrères qui nous feront l'honneur de nous lire, d'imiter M. le docteur Phélippeaux en suivant la voie que nous

(1) *Bull. gén. de Thérap.*, t. XVIII, p. 121.

avons ouverte, en recueillant et portant à la connaissance du public médical les faits du même genre.

E. Tartarin,
de Bellegarde (Loiret).

1er décembre 1868.

BIBLIOGRAPHIE.

Contributions à la chirurgie, par M. le docteur Ch. Sédillot, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg (2 vol., J.-B. Baillière).

La génération actuelle, qui trouve la science toute faite et toute formulée dans les traités didactiques, ne se doute pas de ce qu'il a fallu à ses prédécesseurs de labeurs pour la dégager de ses obscurités, d'expériences et de recherches pour établir les faits aujourd'hui acquis et classés, et enfin de discussions, de polémique pour en fixer la valeur et la portée. Il est bon cependant que cette génération héritière de ces travaux sache par quels sentiers infrayés, par quelles routes laborieusement obscures ont dû passer les pionniers qui lui ont aplani le chemin; il est bon que ceux qui jouissent des richesses acquises connaissent les labeurs de ceux qui ont fouillé le sol pour les en extraire. Si aujourd'hui le sol scientifique est nivelé, les chemins tracés, les horizons en partie éclairés, n'oublions pas que nous le devons à ces vaillants chercheurs, à ces initiateurs puissants qui sont comme nos ancêtres spirituels, comme les pères de notre Église.

Ces pensées à la fois de reconnaissance et d'admiration nous sont suggérées par le livre que nous présentons au lecteur.

Sous le titre simple et modeste de *Contribution à la chirurgie*, M. Sédillot lui apporte l'imposant tribut de deux gros volumes in-8°, qui sont encore plus gros de substance que de volume. C'est une série de mémoires *ex professo* et de travaux originaux sur les grandes questions qui ont agité la chirurgie dans les quarante dernières années. La plupart de ces mémoires ne voient pas le jour pour la première fois, et la nouvelle édition n'a fait que les classer dans un ordre de succession naturel en les faisant précéder d'un sommaire résumant les progrès accomplis depuis leur première apparition. Par le rapide mouvement de rénovation qui entraîne toutes les sciences et fait vieillir les livres du jour au lendemain, quelle grande preuve de vitalité que de pouvoir rappeler à la publicité, après un temps plus ou moins long, certaines œuvres scientifiques

sans qu'elles aient rien perdu de leur solidité, ni même de leur actualité. La vérité seule a le privilége de perpétuelle jeunesse.

Le cadre de cette notice et celui de ce journal ne comportent pas, à notre grand regret, une analyse détaillée du livre dont nous parlons et qui touche à tant et de si hautes questions. En effet, le simple énoncé des matières contenues dans ces deux volumes serait comme un *index historique* des grands problèmes qui ont proccupé la chirurgie depuis l'avénement de l'auteur. M. Sédillot, en effet, dès sa jeunesse, s'est jeté dans l'arène où s'agitaient alors les grands débats qui passionnaient les chirurgiens. Il a pris une part active à ces luttes mémorables et attaché son nom à la solution d'un grand nombre de problèmes qui divisaient alors les savants. Devenu chef à son tour, il a embrassé vaillamment la vie militante. C'est à sa féconde activité que nous devons tant de mémoires originaux, tant de travaux de premier ordre qui ont si puissamment influé sur la marche de la science, en ouvrant des horizons nouveaux à la doctrine et des ressources nouvelles à la pratique.

Pour en donner une idée au lecteur, il faudrait dérouler devant lui toute la longue table des matières qui résume elle-même tout le mouvement de la chirurgie contemporaine. Qu'on en juge par quelques titres : l'*Infection purulente*, l'*Anesthésie*, l'*Hémostasie*, les *Amputations*, les *Luxations*, les *Fractures*, les *Rétrécissements uréthraux et œsophagiens*, la *Gastrosomie*, l'*Empyème*, l'*Anaplastie et ses diverses applications*, etc., etc. Sans doute ces grandes questions ont été traitées par d'autres aussi ; mais, révisées par l'auteur, soumises à une nouvelle analyse, dans le creuset de son expérience et de sa logique; complétées, élargies et souvent entièrement transformées par ses propres recherches, elles sont sorties de ses mains commes frappées d'une nouvelle estampille de précision, de clarté et d'originalité.

M. Sédillot, qui a réformé et complété dans leurs détails tant de méthodes et de procédés opératoires, semble néanmoins avoir une prédilection particulière pour l'étude de ces grandes questions à la fois doctrinales et cliniques qui planent sur la chirurgie tout entière par leur incessante intervention dans les faits particuliers et constituent comme la pathologie générale de la chirurgie. L'*infection purulente*, par exemple, cette grande porte ouverte à la mortalité par le traumatisme, était à peine acceptée comme un fait, et encore moins connue dans ses lois quand parut son mémoire devenu classique depuis. L'*anesthésie*, cette mémorable découverte

du siècle, serait peut-être encore aujourd'hui controversée dans ses moyens et dans ses procédés si le professeur de Strasbourg n'en eût magistralement formulé les principes et définitivement fixé la jurisprudence. On sait les préjugés répandus dans tous les livres sur le mode de production et de réduction des luxations, et l'anathème prononcé avant M. Sédillot contre les moufles. C'est aujourd'hui une question jugée grâce aux démonstrations pérempioires du professeur de Strasbourg.

Mais à quoi bon continuer cette énumération qui, pour être complète, devrait toucher à tous les principaux problèmes de la chirurgie contemporaine. Un pareil livre ne supporte ni l'analyse, ni même la lecture continue. C'est un répertoire de casuistique basé sur une immense expérience; c'est un code que le chirurgien viendra consulter quand il se verra en présence des difficultés de l'art, et il y trouvera des solutions pour ses doutes et des réponses à ses questions.

Tous ces beaux mémoires portent comme le cachet de leur origine : tous sont pénétrés de la manière de l'auteur, empreinte dans ses écrits comme dans son enseignement. Exposition nette et précise, scrupule historique et justice envers ses émules comme envers ses élèves, critique et démonstration très-rigoureuses, constamment appuyées sur l'anatomie, la physiologie, la clinique et au besoin sur l'expérimentation et les sciences exactes; enfin et surtout constante préoccupation du corollaire thérapeutique, basé non sur l'empirisme, mais sur les lois de la biologie. C'est à ces signes qu'on reconnaît le praticien doublé du savant, le chirurgien dont le bistouri n'obéit pas à l'instinct, mais à l'idée, le penseur enfin qui a écrit : « L'invariabilité des phénomènes dans les conditions étiologiques semblables est une loi sans laquelle aucune science, aucun ordre ne serait possible. » Et c'est dans ce sens qu'il faut le comprendre quand il ajoute fièrement dans un autre ouvrage : « Le succès des opérations dépend du chirurgien; nos revers accusent notre ignorance ou nos fautes, et la perfection est le but de l'art » (*Méd. opérat.*, t. I, p. 1). C'est cette pensée supérieure, pénétrant constamment dans l'intimité des faits pour en découvrir la raison et la loi; c'est cette préoccupation ardente de subordonner le perfectionnement de l'art aux principes démontrés de la science, qui forment, nous le répétons, le caractère des œuvres de M. Sédillot. C'est là ce qui fait sa force comme écrivain, sa célébrité comme praticien et son autorité comme professeur.

Arrivé enfin au point culminant de sa carrière dans la plénitude de ses riches facultés, l'auteur dédie à ses contemporains, et on peut dire à la postérité, son nouveau livre, digne couronnement d'un noble apostolat. En jetant lui-même un coup d'œil sur ses propres travaux, il peut mesurer avec un légitime orgueil le chemin qu'il a parcouru, les jalons qu'il a plantés sur la route du progrès, les étapes qu'il y a marquées et les directions qu'il a indiquées aux générations futures. De ce sommet où il est parvenu, il lui est donné de voir le sillon profond et lumineux qu'il a tracé derrière lui.

Consacré aujourd'hui par la triple illustration de la science, de la pratique et du professorat; reconnu au dehors comme parmi ses compatriotes comme un des glorieux chefs de l'école de la chirurgie française, l'auteur, privilége rare, peut de son vivant (et encore longtemps, nous l'espérons) assister à sa propre immortalité, car, comme le poëte de l'antiquité, il peut dire : *Eregi monumentum.* Hirtz.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Angine couenneuse guérie par le cubèbe (1), par le docteur C. Paul, agrégé de la Faculté, médecin des hôpitaux. — Il y a deux ans, un médecin de la Sarthe, M. Trideau (d'Andouillé), vint faire connaître à Paris qu'il avait guéri vingt-six cas d'angine couenneuse par l'emploi des balsamiques, copahu et cubèbe. Ce succès était très-encourageant, et tout dernièrement MM. Bergeron et Labric avaient annoncé à la Société des hôpitaux qu'ils en avaient retiré certains avantages. Ils se plaignaient seulement d'avoir été gênés par la répugnance qu'éprouvaient les enfants à prendre les sirops contenant soit la poudre, soit l'extrait oléo-résineux de cubèbe.

Occupé depuis dix ans des préparations de cubèbe et ayant à ma disposition un extrait de cubèbe très-beau, obtenu par M. Delpech, d'après la méthode de Dausse, c'est-à-dire par l'eau, l'alcool et l'*éther*, j'attendais l'occasion de contrôler les résultats de M. Trideau.

Au mois d'avril dernier, je fus chargé de remplacer M. Bergeron

(1) Observation lue à la Société de thérapeutique dans la séance du 1er mai 1868.

à l'hôpital Sainte-Eugénie, et l'occasion se présenta bientôt de traiter des affections diphthéritiques. Le succès étant venu couronner ma tentative, je tiens à la faire connaître, parce que je puis offrir à mes confrères un mode d'administration du cubèbe bien préférable aux précédents.

Le 21 avril, l'enfant Louis-Léon, placé dans la section des scrofuleux pour un mal de Pott déjà ancien, descend à la salle des maladies aiguës; atteint d'une angine couenneuse qui a débuté l'avant-veille.

Le matin, à la visite, la fièvre est modérée, la peau halitueuse. Il y a de la dyspnée, accusée surtout dans l'inspiration et s'accompagnant d'un sifflement qui a le timbre du verre qui se brise. L'expiration est plus facile, interrompue seulement de temps en temps par une toux qui a le même caractère que l'inspiration. A l'examen de la gorge, on constate que les amygdales, ordinairement grosses, ont augmenté de volume au point de combler entièrement l'arrière-gorge et *sont recouvertes d'une fausse membrane épaisse résistante et couleur de frangipane. La fausse membrane recouvre la face interne des deux amygdales et la luette.* L'isthme du gosier, complétement obstrué, ne permet pas de voir le fond du pharynx. On constate en outre un ganglion lymphatique gonflé et douloureux aux deux angles du maxillaire inférieur. Il n'y a rien dans les fosses nasales antérieures.

Le caractère de l'inspiration et de l'expiration et la voix complétement aphone font penser que le larynx est envahi; pourtant il n'y a pas encore d'asphyxie, les lèvres sont roses, les yeux seulement injectés. L'enfant n'a pas encore eu d'accès de suffocation.

A l'auscultation, on trouve une respiration faible, sans murmure vésiculaire, le retentissement du sifflement laryngien est le seul bruit qu'on perçoive. A la percussion, la sonorité est bonne. Pouls 144. Température prise dans le rectum, 40°,2.

Après avoir cautérisé la gorge avec un peu de perchlorure de fer, je prescris l'extrait de cubèbe préparé par M. Delpech dans les proportions ci-après :

Prenez :	Extrait de cubèbe par l'eau, l'alcool et l'éther..	1 p.
	Poudre de sucre..........................	7
	Poudre de gomme..........................	2

Chaque cuillerée à café de cette poudre pesant 2gr,50 contient par conséquent 0,25 d'extrait.

L'enfant prend, le premier jour, 4 cuillerées à café; soit 1 gramme d'extrait par jour.

Pour administrer cette poudre, il suffit d'en délayer une cuillerée à café dans deux ou trois cuillerées à bouche d'eau simple. On obtient ainsi une eau légèrement sucrée ressemblant à la dilution d'alcoolat d'absinthe et ayant une odeur analogue à celle de la menthe. L'enfant ne fait aucune difficulté pour l'avaler.

Dans la journée, l'enfant est un peu plus calme, la respiration un peu moins stridente, la voix est toujours éteinte. Pouls, 128. Température, 39°,6.

Le 22, à la visite du matin, on constate que la dyspnée a augmenté, le sifflement laryngien se fait entendre aux deux temps de la respiration. La toux est plus éteinte et plus sifflante; la dyspnée s'accompagne de tirage au-dessus du sternum et au-dessous des fausses côtes. L'asphyxie est plus prononcée, il y a des plaques violacées sur les joues; les yeux sont injectés et les veines temporales accusées. L'examen de la gorge fait voir des fausses membranes plus molles et plus grises que la veille. Le pharynx, qu'on peut apercevoir par instants, est tapissé de fausses membranes. Il y a eu un accès de suffocation dans la nuit. Pouls, 144. Température, 40 degrés.

On prescrit de nouveau 10 grammes de saccharure de cubèbe.

Le soir, la respiration est beaucoup plus libre, la toux est moins sifflante et commence à prendre le timbre catarrhal; l'enfant est beaucoup plus calme. Pouls, 124. Température, 40 degrés.

Le 23, l'amélioration qui s'est annoncée la veille se prononce davantage. Pouls, 104. Température, 38°,2. Même traitement.

Le soir, la peau est fraîche, le calme complet, la voix est pourtant encore éteinte. Pouls, 104. Température, 37°,6.

Le 24, les fausses membranes ont disparu presque complétement sur les amygdales. Pouls, 100. Température, 37°,8. Même traitement.

Une heure après la visite, l'enfant est pris de deux ou trois accès de suffocation très-violente qui cesse à partir de midi.

A cinq heures du soir, la respiration est assez calme, mais la toux est tout à fait cassée et sèche. Pouls, 108. Température, 37°,8.

Le 25, les fausses membranes continuent à se modifier. Pouls, 108. Température, 37°,4.

On augmente la dose du cubèbe dans la crainte de voir les accès de suffocation reparaître. Saccharure de cubèbe, 15 grammes.

Le soir, même état. Pouls, 120. Température, 37°,8.

Le 26, on ne voit plus trace de fausse membrane sur les amygdales ni sur le pharynx. Ces organes sont cependant encore rouges et tuméfiés.

La respiration est calme et silencieuse, la toux rauque, mais plus sonore que la veille; la voix reste éteinte. Pouls, 108. Température, 37°,6. Le soir, même état. Pouls, 112. Température, 37°,6.

Le 26, on commence à alimenter l'enfant, et l'on ajoute à la prescription du sirop de quinquina. Pouls, 92. Température, 37°,6. Le soir, pouls, 104. Température, 37°,8.

Le 27. L'enfant a eu de la diarrhée hier, dans la journée; elle continue encore un peu ce matin. La toux est devenue franchement catarrhale, elle n'est pas aphone, mais la voix ne peut se faire entendre; la respiration est libre et la gorge revenue presque à l'état normal. Je suppose que l'aphonie ne tient plus qu'à une paralysie des cordes vocales; cette supposition est d'autant plus vraisemblable que le pharynx et le voile du palais sont atteints d'une certaine parésie. Nous réduisons la dose de saccharure à 10 grammes. Pouls, 108. Température, 37°,8. Le soir, pouls, 104. Température, 37°,8.

Le 29. L'état général est excellent. Les amygdales, complétement débarrassées de fausses membranes, sont rosées. Le fond du pharynx est seulement un peu pâle. La déglutition est facile. La toux est grasse et franchement catarrhale. Il ne reste plus que la voix aphone. La diarrhée a cessé, l'enfant a de l'appétit. Pouls, 100. Température, 38°,6. Le soir, pouls, 120. Température, 30°,6. Le soir, pouls, 120. Température, 38 degrés.

Le 30. L'enfant est en pleine convalescence. Pouls, 116. Température, 37°,8.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre, mais nous nous bornerons à l'examiner au point de vue thérapeutique.

Au début, l'affection était grave, les fausses membranes épaisses et répandues dans toutes les parties de l'isthme du gosier. Les ganglions sous-maxillaires étaient pris, la fièvre intense, l'abattement profond. De plus, l'affection s'est étendue au larynx, à n'en pas douter. Il y a eu, le lendemain de l'entrée dans la salle, des accès de suffocation assez intenses pour que l'on se crût autorisé à pratiquer la trachéotomie si une certaine espérance de voir la maladie guérir par le cubèbe n'avait pas fait temporiser.

Nous devons noter en outre qu'au plus fort de la maladie l'en-

fant a paru à deux reprises éprouver un mieux très-significatif quelque temps après l'administration du médicament. Le mode d'administration a été des plus simples : jeter un peu de poudre de sucre dans un peu d'eau est chose bien facile, et le médicament présenté de cette manière a été facilement accueilli par l'enfant.

En dernier lieu, il n'y a pas eu d'accidents produits par le médicament, si ce n'est un peu de diarrhée. Notons enfin que nous n'avons pas observé au huitième jour l'exanthème propre au cubèbe que M. Trideau avait observé, bien que ses doses aient été plutôt moindres que les nôtres.

En somme, nous regardons comme très-précieux en ce moment de pouvoir opposer à une maladie si terrible un médicament qui nous donne quelque espérance, et, si l'action si favorable du cubèbe se justifie, M. Trideau aura rendu un grand service à la thérapeutique.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Les sévices du vésicatoire. Sous ce titre, M. Fonssagrives vient de publier dans sa *Revue thérapeutique* l'article suivant, auquel nous donnons toute notre approbation.

« Encore une victime des sévices du vésicatoire! Le numéro du 19 novembre de l'*Imparziale* de Florence nous apporte le fait d'un enfant de dix-huit mois auquel on appliqua sur la poitrine, dans le cours d'une bronchite intense, deux vésicatoires de petites dimensions; placés trop près l'un de l'autre, ils se réunirent, s'ulcérèrent; leur surface se recouvrit de fausses membranes adhérentes comme celles de la diphthérie ; l'ulcération gagna en surface et en profondeur, en dépit des moyens qui furent employés pour l'arrêter, et l'enfant succomba dans un état d'épuisement complet. Il est bien regrettable que les faits analogues enfouis dans les recueils, et ceux plus nombreux conservés dans les souvenirs des praticiens, ne puissent être rapprochés les uns des autres ; ce nécrologe, plus fourni qu'on ne le croirait à première vue, inspirerait une certaine discrétion dans l'application de ce moyen aux maladies des enfants. Il est des pays où la médecine, s'inspirant encore des traditions d'un humorisme grossier, use et abuse des vésicatoires chez les enfants; il n'est pas une gourme, pas un rhume, pas une maladie, si ce n'est une indisposition, dans lesquels la cantharide n'intervienne, et de là des inconvénients sérieux, si ce n'est des catastrophes. Je poserais volontiers en règle l'interdiction absolue des vésicatoires permanents chez les enfants. Le vésicatoire au bras, tribut payé à la routine traditionnelle, est au bout de quelques jours d'une utilité équivoque; il amaigrit le membre autant par la spoliation locale que par l'action compressive des bandages, et crée sans bénéfices certains une servitude très-certaine. J'ai vu un vésicatoire amener, chez un enfant lymphatique, un eczéma qui prit des allures chroniques, envahit tout le bras, et exigea deux ans de soins assidus pour être conduit à la guérison, et ce fait est loin d'être isolé. Les vésicatoires appliqués sur la poitrine ont une tendance particulière à dégénérer, quand on les entretient en suppuration ; les cas d'ulcérations tenaces, d'érysipèles

de mauvaise nature survenus dans ces conditions sont extrêmement nombreux, surtout dans les hôpitaux. Les vésicatoires volants pansés avec de la ouate de coton, en ménageant soigneusement l'épiderme, sont au contraire inoffensifs. Singulière inconséquence ! On attache, et avec raison, le plus grand prix, dans les services de chirurgie, à ne pas laisser de plaies ouvertes, et l'on crée tous les jours, par la vésication et sans nécessité évidente, de larges surfaces dénudées offrant à l'absorption endermique des miasmes de redoutables facilités. Que de maladies entrées par cette porte, et sans qu'on s'en doute ! Il faut la tenir soigneusement fermée, surtout quand la constitution médicale est aux phlébites, aux érysipèles, aux diphthéries. Comme on s'abstient alors du bistouri, il faut s'abstenir de la cantharide. *Usus vesicantium salubris et noxius in morborum medela*, inscrivait en tête de son livre Falth. Tralles, en 1783; salutaire quelquefois, nuisible souvent, pourrait-on dire aujourd'hui. Il faut donc y regarder de près. Un vésicatoire est parfois une superfluité, il devient trop souvent un péril. Je me rappelle avoir vu une gangrène envahir la surface d'un vésicatoire appliqué sans grande nécessité chez un homme atteint d'une maladie insignifiante, et dont le lit était voisin de celui d'un malade en proie à une fièvre typhoïde à forme adynamique. Je me rappelle aussi, et non sans tristesse, un cas de mort par érysipèle chez un homme vigoureux, dans toute la force de la jeunesse et de la santé, qui, venant se faire soigner d'une bronchite très-simple dans mon service à l'hôpital de Cherbourg, y apporta un vésicatoire qu'on lui avait fort inutilement infligé. L'air de l'hôpital était mauvais, il y régnait des érysipèles; la surface du vésicatoire s'ulcéra, un érysipèle de mauvaise nature rampa sur la poitrine; du délire et des accidents nerveux survinrent, et le malheureux succomba par le fait du vésicatoire (*le Rôle des mères dans les maladies des enfants*. Paris, 1868). Je ne puis que résumer ma pensée sur ce point en formulant les propositions suivantes : 1° le vésicatoire à demeure appliqué au bras des enfants a plus d'inconvénients démontrés que d'avantages probables; 2° il faut s'abstenir complétement des vésicatoires entretenus en suppuration dans les services d'hôpitaux consacrés aux enfants, et surtout quand les hôpitaux sont encombrés, et qu'il y règne des érysipèles, des phlébites, des infections purulentes, des fièvres puerpérales, des fièvres typhoïdes, etc.; 3° les vésicatoires volants, pansés à la manière des brûlures au second degré, c'est-à-dire en ménageant soigneusement l'épiderme et en le recouvrant de coton, conviennent seuls; leur utilité est démontrée; et quand on les dirige bien, ils n'offrent aucune prise aux accidents que j'indiquais tout à l'heure. Asclépiade le Bithynien nous a fait un legs utile, n'en mésusons pas. » (*Gazette hebdomadaire.*)

Muriate de chaux contre la chorée. Après l'emploi infructueux des nombreux médicaments usités sur un très-grand nombre de choréiques en traitement à l'hôpital de Brescia, le docteur Rodolfi dit que le muriate de chaux, précédé d'un purgatif avec huile de ricin, calomel et santonine, lui a donné les meilleurs résultats, quand il n'y a pas hyperémie cérébrale. Il le donne à la dose de 7 à 15 grains dans les vingt-quatre heures pour commencer, et une amélioration s'observe dès le lendemain. La guérison s'obtient en huit à quinze jours. L'addition de 7 centigrammes par jour d'extrait de belladone augmente l'efficacité de ce remède. (*Gazz. med. Lombarda*, janvier.)

Ce n'est là qu'une indication vague sans observations ni détails concluants; et pourtant le sujet en valait la peine. C'est ainsi que la thérapeutique se trouve encombrée de remèdes dont l'action est souvent contraire et incompréhensible, et le praticien est sans données positives pour les employer utilement dans les différents cas qui se présentent à son observation. (*France médicale.*)

Un cas d'empoisonnement par l'arnica, par le docteur A. Schumann. Il s'agit d'une femme âgée de trente-trois ans, qui avait bu deux tasses d'infusion d'arnica, pour laquelle elle avait employé une pleine poignée de feuilles d'arnica. Les symptômes de l'empoisonnement durèrent sept jours, et la malade ne fut guérie que le douzième jour. Les principaux symptômes furent, une demi-heure après l'injection, de violents vomissements, des douleurs de tête intenses, une diarrhée cholériforme, avec très-

vives coliques gastriques et intestinales, suivies de collapsus, refroidissement persistant des extrémités, ralentissement remarquable du pouls, qui, à 60 dès le premier jour, était à 80, 84 à partir du quatrième jour ; en même temps état filiforme du pouls. En résumé, l'arnica a produit une forte congestion vers la tête avec excitation, un catarrhe suraigu de l'estomac et des intestins, avec collapsus et dépression de longue durée du système nerveux cérébro-spinal, et un ralentissement marqué du pouls. Le traitement a consisté principalement dans l'emploi d'extrait thébaïque et de morphine. (*Schmidt's Jahrbücher*, 28 décembre 1868.)

Pneumonie ataxique ; heureux effets du bromure de potassium. L'expérimentation clinique du bromure de potassium continue, en donnant des résultats qui en général paraissent favorables ; plus tard il y aura à colliger tous ces faits, à les examiner attentivement et à en tirer les enseignements qu'ils pourront donner. En attendant, nous les enregistrerons, comme par le passé, à mesure qu'ils se produiront.

L'action sédative exercée par ce médicament sur le système nerveux a suggéré à M. le docteur Calloch, médecin suppléant des hôpitaux de Nantes, l'idée qu'il pourrait être employé avec avantage contre les phénomènes ataxiques qui accompagnent certaines maladies aiguës. Et, en effet, il a paru éminemment utile dans un cas de pneumonie ataxique qui s'est présenté dans un service hospitalier dont notre confrère se trouvait temporairement chargé ; ce cas, d'autant plus instructif qu'il est plus simple, mérite une courte mention.

Ouvrier maçon, âgé de trente-neuf ans, entré à l'Hôtel-Dieu de Nantes, le 30 décembre dernier, avec de la fièvre et du délire. A la visite du 31, au matin, face injectée, conjonctivite avec sécrétion abondante ; réponses nettes, mais délire loquace dès qu'on cesse de lui parler; agitation qui nécessite bientôt la camisole de force ; toux fréquente, oppression, 30 respirations; pouls à 112. Souffle intense dans les deux tiers inférieurs du poumon gauche ; matité correspondante. Bromure de potassium, 4 grammes ; bouillon, tisane. Jusqu'au 3 janvier, continuation de l'agitation et de la nécessité de contenir le malade ; persistance de la fièvre; le bromure a été rapidement élevé à 8 grammes par jour. Le 3, au matin, calme absolu ; réponses lentes, mais nettes; respiration naturelle ; pouls bon, quoique faible. Suspension du bromure ; vin de Malaga, 60 grammes. Le 4, mieux définitif : pas de toux, souffle disparu en grande partie ; sonorité à peu près normale. Il y a eu quelques instants de délire tranquille. Retour au bromure, 3 grammes, associé au quinquina. Le 5 et les jours suivants la convalescence se prononce de plus en plus nettement ; il n'y a que de la faiblesse. Aliments, vin de quinquina. Le 7, guérison. Aucun traitement n'a été dirigé contre la pneumonie ; le bromure de potassium a été le seul médicament employé, circonstance qui paraît donner à l'observation un intérêt tout particulier. (*Journ. de méd. de l'Ouest*, janvier 1869.)

Sur l'action antipériodique de la santonine. Se fondant sur des expériences personnelles concernant l'action antiseptique du sulfate de quinine, relativement à l'action des substances tirées du quinquina sur les infusoires disséminés dans l'atmosphère des marais, l'auteur estime que les substances considérées comme insecticides sont aussi antipériodiques.

Les insecticides très-souvent sont anthelmintiques, et c'est ce qui a déterminé l'auteur à essayer la santonine comme antipériodique. Il y a deux ans qu'il a commencé ses expériences et les résultats lui paraissent encourageants. Il a eu l'occasion cette année de multiplier ses essais, la fièvre intermittente ayant sévi d'une façon véritablement épidémique. Il divise en trois groupes les malades affectés de fièvres périodiques traités au moyen de la santonine :

1° Adultes traités par la santonine unie à des purgatifs. On peut dire à cela que les purgatifs et les émétiques seuls peuvent couper des accès de fièvre, mais il ne croit pas qu'on puisse obtenir aussi facilement la guérison qu'il l'a observée.

2° Enfants auxquels on ne pouvait admettre le sulfate de quinine. C'est une des catégories de malades près de laquelle l'auteur a le mieux réussi.

3° Malades rebelles au quinquina ou chez lesquels il y a eu récidive.

L'auteur prescrit la santonine à la dose de 10 à 20 centigrammes, sus-

pendue dans une potion émétisée et gommeuse, dans l'huile de ricin, ou bien aussi en pilules unies à la rhubarbe, à la magnésie. L'auteur a rarement observé la vision en jaune, bien qu'il ait fait prendre la santonine pendant trois ou quatre jours de suite.

L'auteur insiste en terminant sur le prix relativement peu élevé de la santonine comparé au sulfate de quinine et la considère comme un excellent succédané du sel quinique et des préparations arsenicales. (*Gazzetta medica di Torino*, nov. 1868.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Bandages herniaires; modification à donner à la forme de la pelote dans certains cas. A l'occasion du rapport lu dernièrement à l'Académie par M. Broca sur le système des bandages herniaires de M. le docteur Dupré, M. Huguier a cru devoir présenter quelques remarques sur la contention des hernies, qui complètent les considérations émises à ce sujet par son collègue. M. Huguier a d'abord fait remarquer que la plupart des hernies difficiles à contenir sont des hernies inguinales; les hernies crurales présentent plus de facilité pour l'application et le maintien des bandages. La cause des difficultés qu'on rencontre à contenir les hernies inguinales dépend de certains détails de la conformation du bassin, particulièrement du développement plus ou moins marqué de l'épine du pubis, très-accusée chez certains sujets, à peine indiquée chez d'autres. La hernie inguinale passe sur l'épine pubienne; pour la maintenir, après réduction, la pelote est obligée de comprimer et en quelque sorte d'écraser la partie du tégument qui recouvre cette épine. De là des douleurs insupportables qui ne permettent pas au sujet de conserver l'appareil. M. Huguier croit avoir trouvé le moyen de remédier à cet inconvénient, en modifiant un peu la forme de la pelote ordinaire. Il a fait simplement pratiquer sur le bord de cette pelote une échancrure qui embrasse dans sa concavité l'épine du pubis, la laisse libre, la préserve de toute compression, sans empêcher la pelote de comprimer efficacement la partie de l'abdomen qui donne issue à la hernie. (*Acad. de méd.*, 9 févr. 1869.)

Traitement des fractures de la clavicule M. Chassaignac a posé les conclusions suivantes à l'appui des considérations qu'il a présentées au sujet du traitement des fractures de la clavicule. Ces conclusions résument, dit-il, une expérience de vingt-cinq années dans les hôpitaux de Paris et dans la pratique civile :

« 1° Si, dans la majorité des cas de fractures de la clavicule, les moyens de traitement de la pratique générale peuvent suffire à satisfaire le desideratum du chirurgien, il est des malades chez lesquels ces moyens sont tout à fait impuissants ;

« 2° La fracture de la clavicule, mal réduite ou maintenue d'une manière insuffisante, peut entraîner des conséquences très-fâcheuses, parmi lesquelles on peut citer la formation d'une pseudo-arthrose; l'impuissance durable, même indéfinie du membre fracturé; des douleurs parfois intolérables ; une difformité choquante et très-gênante due à un cal irrégulier et volumineux ;

« 3° Il n'y a point de fracture de la clavicule qui, dans les premières heures, et même dans les premiers jours après l'accident, ne puisse être réduite par le procédé que j'ai publié (procédé de l'amplexation, décrit et figuré dans mon *Traité d'opérations*, t. II, p. 26 et 27) ;

« 4° Le seul obstacle sérieux à la réduction consiste non dans l'enclavement des fragments, nou dans la formation rapide d'un travail organique qui retiendrait ceux-ci dans une position vicieuse, mais dans la résistance des muscles qui maintiennent le chevauchement ;

« 5° Quand la fracture est tout à fait récente, le procédé de réduction que j'ai indiqué suffit toujours à rétablir le niveau des fragments. Lorsque plusieurs jours se sont écoulés, et lorsque la réduction paraît impossible par la seule action du procédé décrit, le malade, placé dans le décubitus horizontal, doit être endormi par le chloroforme. Toute contraction musculaire ayant cessé, on fait céder facilement l'immobilité des fragments dans leur position vicieuse, et le pro-

cédé qui venait d'être reconnu insuffisant, appliqué de nouveau pendant l'anesthésie, et le malade étant toujours dans la position horizontale, obtient le succès voulu.

« 6° Toute fracture de la clavicule peut être maintenue réduite par l'un ou l'autre des deux appareils suivants : 1° celui que j'ai figuré dans mon *Traité des opérations*, t. II, p. 26 et 27 ; 2° celui dans lequel la main du membre fracturé, étant portée sur un coussinet qui recouvre l'épaule saine, y est maintenue par des circulaires et des doloires qui s'enroulent autour du thorax et qui, au lieu de passer sur la clavicule fracturée comme dans l'appareil inamovible décrit par Velpeau (*Méd. opér.*, t. 1, p. 229 et 230), ne porte que sur l'épaule saine exclusivement, laissant complétement découverte la région claviculaire du côté de la fracture ;

« 7° Tout ce traitement est fondé sur ce principe que, quand le moignon de l'épaule fracturée est porté à son plus haut degré d'élévation, et s'y trouve maintenu, aucune difformité de la fracture ne résiste aux efforts du chirurgien. » (*Société de chirurgie.*)

VARIÉTÉS.

Banquet de l'Internat. — Le banquet du 20 février 1869 fera date. Jamais la réunion n'avait été si nombreuse, grâce aux efforts de la commission permanente qui a produit l'*Annuaire de l'Internat* et que tous les anciens internes ne sauraient trop remercier, car cet annuaire, a dit M. Denonvilliers, est le livre d'or de l'Internat. Il permet de revendiquer un titre dont on s'honore et de démasquer ceux qui l'usurpent.

A cette réunion se pressaient les jeunes internes en exercice et surtout les anciens en grande majorité. Bon nombre de médecins de province n'avaient pas hésité à sacrifier leurs intérêts pour assister à cette fête où la confraternité médicale se retrempe dans les souvenirs de la salle de garde. Nous pouvons en citer plusieurs : MM Penard, de Versailles ; Gillet, de Melun ; Thomas, de Tours ; Logerais, de Pougues ; Garreau, de Laval ; Legentil, de Ville-Dieu ; Heurot, de Reims ; Laburthe, de Coulommiers ; Lefeuve, de Pontoise ; Augros, de Maison-Laffite ; Prestat, de Pontoise, sans compter ceux qui se sont excusés par lettres ; MM. Etoc, du Mans ; Bouteiller, de Rouen ; Turner, de Saintes ; Houssard, d'Avranches, le promoteur du premier banquet de l'Internat en 1817.

Le banquet était présidé par M. Denonvilliers, ayant d'un côté MM. Bouillaud et Giron de Buzaringues, député, et de l'autre M. Jacquemin, interne de 1817, et M. Horteloup, père. Des toasts ont été portés par MM. Denonvilliers, Bouchut, Bouillaud et Piogey. L'allocution du président, petillante de verve et d'entrain, a été couverte d'applaudissements, et, au café, un des commissaires de la fête, M. Emile Tillot, notre ami et notre collaborateur, a charmé l'auditoire par deux chansons que nous sommes heureux de reproduire. Beaucoup de lecteurs sont d'anciens internes des hôpitaux, ils pourront voir que la poésie n'a pas déserté les salles de garde et que le culte des muses est compatible avec l'exercice de la médecine.

LES PRÉSENTS D'ARTAXERCÈS.

AIR : *Le Grenier de Béranger.*

L'histoire dit qu'au divin Hippocrate
Un roi persan fit offrir un cadeau
S'il voulait bien, quittant une île ingrate,
Venir purger ses sujets d'un fléau.
Son beau refus, digne de sa nature,
A jusqu'à nous traversé bien des ans.
Chacun l'a vu sur le marbre, en peinture,
D'Artaxercès repoussant les présents.

Nous le croyons, l'anecdote est certaine,
Mais arrangée à la façon du temps.
Le roi persan, c'est un banquier d'Athène
Par son docteur soigné depuis longtemps;
Pour s'acquitter il aurait eu l'audace
De lui porter un lièvre et des faisans.
Mais Hippocrate aimait fort peu la chasse.
D'Artaxercès il rendit les présents.

A peine entré dans notre confrérie,
Tout un public vous réclame à grand bruit,
Toute exigeante et soi-disant amie
Qu'un nouveau titre en un instant séduit.
L'année, hélas ! court pleine de promesses;
La médecine a des airs séduisants,
Mais vos clients mesurent les largesses.
D'Artaxercès redoutez les présents.

L'un se ferait, dit-il, un vrai scrupule
De vous payer un service amical;
Un autre croit qu'il serait ridicule
Pour vos conseils d'offrir un vil métal.
Un gros boyard, par une tabatière,
A reconnu vos soins depuis trois ans,
Mais on vous donne un écu de la pierre.
D'Artaxercès redoutez les présents.

Bourse au crochet, tricot, tapisserie,
Fleurs en papier, œufs d'autruche, lézards,
Vases fêlés font une galerie
Qui doit prouver votre goût pour les arts.
Pendule en zinc, cornets en pâte ferme,
Dons fastueux de cœurs reconnaissants !
Mais en bibelots reçoit-on votre terme ?
D'Artaxercès redoutez les présents.

Dîners en ville et concerts et musique,
Le cher docteur est choyé, dorloté.
Pour l'obtenir on devient tyrannique,
Mais le dîner lui sera bien compté.
Si vous soignez une tête princière,
Cordons et croix sont des dons séduisants,
Mais vous laissez vos fils dans la misère.
D'Artaxercès refusez les présents.

A vos bons soins une femme charmante,
Mon cher confrère, ose se confier.
Le cas est rare, aimable est la cliente,
Est-ce l'argent qui pourra vous payer?
Un médecin s'entend mal aux affaires;
Votre malade a des yeux ravissants...
Mais dans huit jours quels cuisants honoraires :
D'Artaxercès redoutez les présents.

LES DEUX JUMEAUX.

Air : *Femmes, voulez-vous éprouver ?*

Dans l'intérieur d'un utérus,
Pour deux bien étroite demeure,
Se trouvaient un jour deux fœtus
Qui d' leur naissanc' touchaient à l'heure.
Le premier d'eux, la tête en bas,
Fait signe à l'autre de le suivre,
Et, le serrant dans ses deux bras
Lui dit : « Qu'on est heureux de vivre ! } *bis.*

« Pour nous ici, point de souci.
Tout nous arrive en abondance,
On n'a pas l' temps de dir' merci.
Ah ! quelle charmante existence !
On se trouv' si bien dans ces eaux.
Regarde comme je me livre
Au bonheur d'aller sur le dos.
Frère, qu'on est heureux de vivre ! » } *bis.*

Le second, dont la tête au ciel
Toujours dressée est moins légère,
Lui répond : « Quel heureux mortel !
Vrai, j'admire ton caractère ;
Tu ris de tout comme un enfant,
Et de plaisir un rien t'enivre.
Moi je regrett' d'être vivant.
Ah ! qu'on est malheureux de vivre ! } *bis.*

« Ici nous sommes en prison.
Vois un peu quel étroit espace !
Je me cogn' la tête au plafond.
Dans tes pieds mon nez s'embarrasse ;
Si je veux faire un mouvement,
Mon cordon se met à me suivre.
Etre attaché ! quel amus'ment !
Ah ! qu'on est malheureux de vivre ! » } *bis.*

Ils étaient là d' leur entretien,
Quand tout à coup l'utérus tremble.
L'onde s'agite, avance et r'vient,
Puis s'écoulant les laisse ensemble.
Ils sont à sec : plein de frayeur,
Le premier vain'ment veut poursuivre,
Il plonge en criant : « Quel malheur !
Ah ! nous allons cesser de vivre. » } *bis.*

Son frère essaye de tirer
Sur ses pieds, effort inutile !
De colère il veut s'étrangler
Et casse son cordon fragile.

Mais vient son tour, on le saisit.
Il pivote comme un homme ivre
En criant : « J' vais mourir aussi !
Dieu ! quel bonheur d' cesser de vivre ! » } *bis.*

Dans le premier de ces enfants
Je vois déjà poindre la race
De ces ventrus toujours contents
En quelque endroit que l'sort les place.
L'autre, à l'étroit dans l'utérus,
Veut à tout prix qu'on l'en délivre.
Mais que d' geus sont toujours fœtus,
Et ça n' les empêch' pas de vivre. } *bis.*

Société de médecine de Gand. — *Programme du concours de l'année* 1869. — 1re Question : Indiquer les meilleurs moyens pratiques d'assainissement applicables aux villes de nos Flandres ou à l'une d'elles en particulier.

2e Question : Rechercher les moyens capables de prévenir ou du moins d'atténuer les maladies occasionnées par la fabrication des allumettes phosphoriques.

3e Question : Quelles sont les causes de l'augmentation toujours croissante de la population des asiles d'aliénés ? Y a-t-il lieu d'y remédier et par quels moyens peut-on y parvenir ?

4e Question : Étudier l'influence du physique sur le moral, au point de vue de la responsabilité morale. S'appuyer sur des faits bien constatés.

5e Question : Faire l'histoire des déplacements de l'utérus dans l'état de vacuité. Apprécier la valeur des divers traitements de ces affections, en s'appuyant sur des faits pratiques.

6e Question : Résoudre une question de médecine, de chirurgie ou d'accouchements, au choix de l'auteur.

Les mémoires envoyés en réponse à ces questions doivent être écrits lisiblement en flamand, en français ou en latin.

Ils seront adressés, *francs de port*, avant le 1er janvier 1870, dans les formes académiques usitées, à M. le docteur Charles Willems, secrétaire de la Société, rue des Epiogles, 10, à Gand.

Il sera accordé à l'auteur d'un mémoire couronné : 1o Une médaille d'or d'une valeur à déterminer suivant l'importance du travail ; 2o le titre de membre correspondant ; 3o cinquante exemplaires du mémoire.

Prix Guislain. — Question à résoudre : Faire l'exposé des doctrines médicales dont l'ensemble constitue aujourd'hui la psychiatrie. — L'auteur discutera leur valeur relative en les comparant, s'il y a lieu, entre elles et avec celles qui ont eu cours antérieurement. Il fera ressortir les progrès qui ont été réalisés, dans ces derniers temps, dans cette partie de la science, en insistant surtout sur l'influence que les travaux de Guislain ont pu avoir sous ce rapport.

Les mémoires devront être adressés, *francs de port*, avant le 1er octobre 1869, à M. le docteur Charles Willems, secrétaire de la Société, rue des Epingles, 10, à Gand.

Une médaille d'or de 500 francs, ou bien cette valeur en espèces, le titre de membre correspondant de la Société et cinquante exemplaires tirés à part seront accordés à l'auteur du mémoire couronné.

M. le professeur Gubler commencera son cours de thérapeutique mercredi prochain, 17 mars, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine à deux heures.

Pour les articles non signés : F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Leçon d'ouverture du cours de thérapeutique, 17 mars 1869;

Par M. le professeur Gubler.

Messieurs,

Avant de pénétrer au vif des questions qui font l'objet spécial de cet enseignement, permettez-moi de vous rappeler en quelques mots l'origine, les transformations et les progrès de la thérapeutique, de vous indiquer son état actuel, peut-être son avenir, et de vous exposer brièvement mes principes et la manière dont je conçois l'avancement de la science.

La médecine est, dit-on, l'art de guérir. Assurément elle est plus que cela; mais cette définition, si défectueuse qu'elle paraisse, a du moins le mérite d'indiquer clairement le but noble et élevé que le médecin, pour rester vraiment digne de ce nom, doit s'attacher à poursuivre. Guérir, telle est la fin vers laquelle doivent converger toutes les connaissances médicales. Dans une école professionnelle la physique, la chimie, l'histoire naturelle, la physiologie, la pathologie ne sont pas cultivées pour elles-mêmes, mais seulement en vue de leurs applications pratiques. Ce sont les assises superposées de la science dont la thérapeutique est le couronnement.

Et, chose singulière, on a commencé par le sommet la construction de cet édifice; de la pyramide on a d'abord ébauché la pointe. L'empirisme a précédé la science. A une époque reculée où l'on n'avait pas la moindre notion de la nature des maladies et des lois de leur évolution, non plus que du mode d'action des moyens curatifs, certains remèdes étaient déjà mis en usage contre les blessures et les affections les plus apparentes. Tant est puissant le sentiment de la conservation, tant est impérieux le besoin qui nous porte à chercher, dans ce qui nous entoure, les moyens de nous soulager ou de nous guérir!

Aucune science ne fut pourtant aussi contestée que la médecine, aucune n'est encore l'objet d'appréciations plus diverses et de jugements plus passionnés. Art divin pour les uns, illusion ou mensonge pour les autres. Molière n'a-t-il pas été jusqu'à dire dans *le Malade imaginaire :* « Je ne vois pas de plus plaisante momerie, je ne vois rien de plus ridicule qu'un homme qui veut se mêler d'en guérir un autre. » A la vérité, Voltaire proclame qu'« un bon médecin peut nous sauver la vie en mainte occasion, » et cet hommage peut

nous consoler de la blessure qui nous a été faite par notre grand comique. Mais Hippocrate avait répondu d'avance aux critiques des mécréants futurs, dans cette sentence : « Il y a des choses utiles, il y a des choses nuisibles, donc il y a une médecine. »

Platon n'y contredisait pas, seulement dans le troisième livre de sa *République* il fait dire à Socrate : « Est-il dans un Etat une marque plus sûre d'une mauvaise éducation que le besoin de médecins et de juges ? » — Ce qui prouve qu'il comptait sur l'hygiène pour se délivrer de la médecine, principalement, sans doute, de celle qu'il définit *l'art de conduire et en quelque sorte d'élever les maladies*. Repoussant cette *morbiculture*, Socrate voulait qu'on n'entreprît de guérir que les blessés ou les sujets atteints de maladies accidentelles ; il fallait, d'après lui, laisser glisser sur la pente fatale, sans les retenir, les infirmes et les valétudinaires, tous citoyens inutiles. Cette morale, un peu trop malthusienne, n'est pas la nôtre, et nous pouvons nous flatter de valoir mieux que nos devanciers sous ce rapport.

Il s'est aussi rencontré des hommes qui, dédaigneux des conseils de la science, ne craignent pas de s'improviser guérisseurs, essayant ainsi sur leurs semblables une médecine de fantaisie et d'aventures. Tel fut Caton l'Ancien, qui poursuivait de ses sarcasmes les savants médecins de la Grèce, tandis que son ignorance osait commettre un livre de médecine et qu'il traitait bêtes et gens dans sa maison avec des médicaments préparés de sa main. La civilisation actuelle renferme peut-être encore des Catons, moins l'austérité ; mais aucun ne s'aviserait de contester à la médecine officielle le droit au respect des gens éclairés et raisonnables, droit qu'elle a conquis depuis longtemps.

La thérapeutique, née de l'instinct et d'un hasard heureux, développée ensuite par l'esprit d'analogie et d'imitation et rationalisée plus tard, a subi dans son évolution toutes les vicissitudes de l'esprit humain. Elle refléta tour à tour les préjugés et les idées régnantes ou bien les doctrines philosophiques du temps : ce qui revient presque au même, attendu que les erreurs populaires ne sont que les échos attardés des doctrines passées de mode.

A l'époque où les dieux intervenaient sans cesse dans les affaires humaines, où des fléaux déchaînés par eux les vengeaient du mépris des hommes, où la colère d'Achille et les convulsions d'Hercule accusaient le maléfice d'Apollon, il fallait bien conjurer le mal par des prières et des sacrifices. Dès lors les prêtres, ceux d'Egypte comme ceux du paganisme grec et romain, devinrent les

dépositaires du pouvoir, justement envié, de préserver et de guérir. Pour conserver ce privilége, ils imaginèrent toutes sortes de pratiques superstitieuses : la magie, les attouchements, les charmes, les incantations, les amulettes, la poudre de sympathie, etc., etc., pratiques qui se sont propagées jusqu'à notre époque et qui règnent encore à l'ombre de l'ignorance. Nos rois n'ont-ils pas conservé, jusqu'à Louis XIV, le don de guérir les écrouelles par l'imposition des mains ? et l'eau de la Salette, en plein dix-neuvième siècle, ne fait-elle pas régulièrement des miracles ?

Quand on considère de haut les faiblesses humaines, quand on s'élève dans ces régions sereines où l'indulgence prend la place d'une juste sévérité, on parvient à découvrir un bon côté jusque dans les abus de ces étranges aberrations. Les pratiques dont il s'agit frappaient l'imagination des malades, elles lui inspiraient une confiance assez sotte, je l'avoue ; mais enfin elles affermissaient son moral et contribuaient de la sorte à lui faire traverser sans encombre la crise périlleuse. A ce titre nous consentons à les absoudre.

A côté de cette médecine de supercheries et de fascinations, de sorcellerie et de magie, il s'en développa toujours parallèlement une autre qui devint à la vraie science ce que la mythologie fut à l'histoire. La mythologie personnifiait les astres et les météores, les phénomènes naturels et les sentiments ou les passions ; de son côté, la médecine des centaures et des matrones attachant une vertu spécifique à chaque substance comme elle accordait une existence concrète à chaque affection, tenait à la disposition de ses clients une collection de recettes et de panacées infaillibles. De nos jours, vous le savez, ce commerce est encore passablement lucratif.

Entre ces deux erreurs, propagées par l'ignorance ou la mauvaise foi, la vraie science ne parvint que lentement et difficilement à se constituer.

L'émancipation date du jour où des hommes nés pour l'observation commencèrent à chercher dans les lois naturelles la raison des accidents morbides ; elle date du jour où le premier d'entre eux entrevit dans le vague d'une physiologie rudimentaire l'explication des phénomènes observés. On vit ensuite la thérapeutique, subissant d'incessantes métamorphoses, se faire, sinon absolument passive et contemplative, du moins garder vis-à-vis des maladies une sorte de neutralité armée, avec les naturistes ; s'attaquer aux tissus avec les solidistes ; les resserrer ou les relâcher avec les méthodistes, partisans du *strictum* et du *laxum* ; régénérer le sang et les autres fluides

avec les humoristes; neutraliser les alcalins par les acides et réciproquement dans la doctrine iatro-chimique, etc., etc. Toujours à la remorque d'un système philosophique ou médical, toujours en arrière, par conséquent, des autres parties de la science, si bien que Stahl, dont l'animisme pouvait à la rigueur se passer de thérapeutique, saisi de découragement à l'aspect d'un tel entassement d'erreurs ou de préjugés, se contenta d'émettre le vœu qu'« une main hardie entreprît de nettoyer cette étable d'Augias. »

L'entreprise, à ce qu'il paraît, tenta le courage de Bichat, qui en avait sondé les difficultés et qui disait de la thérapeutique : « Incohérent assemblage d'idées incohérentes, elle est peut-être de toutes les sciences physiologiques celle où se peignent le mieux les travers de l'esprit humain : que dis-je ? Ce n'est point une science pour un esprit méthodique, c'est un ensemble d'idées inexactes, d'observations aussi bizarrement conçues que fastidieusement assemblées. On dit que la pratique de la médecine est rebutante ; je dis plus : elle n'est pas, sous certains rapports, celle d'un homme raisonnable quand on en puise les principes dans la plupart de nos matières médicales. » Mais la mort vint arrrèter le glorieux jeune homme au milieu de cette œuvre gigantesque et vraiment herculéenne. Cependant l'auteur de l'*Anatomie générale* laissa, dit-on, un travail déjà très-avancé. Mérat et Delens se flattent de l'avoir eu entre les mains; par malheur, il n'a jamais reçu un commencement de publicité et je n'ai pu en retrouver la trace.

Mais les idées introduites par Bichat dans l'introduction de son *Anatomie générale appliquée à la physiologie et à la médecine*, ne laissèrent pas que de pénétrer dans la pratique de son temps et d'imprimer leur cachet aux ouvrages relatifs à la thérapeutique qui parurent dans les premières années du siècle. C'est ainsi que les traités de Schwilgué (1809), de Barbier (d'Amiens) (1810 et 1818), d'Alibert (1817), peuvent être considérés comme appartenant à l'école de Bichat. Et comme Alibert fut longtemps professeur de thérapeutique, on peut dire que ce furent les opinions de Bichat qui régnèrent dans l'école de Paris dès le commencement de la Restauration. Les médicaments y sont dépossédés de leurs vertus antiscorbutiques, antipyrétiques, antihystériques, et de tant d'autres propriétés imaginaires qui ne sauraient qu'être *anti...pathiques* aux bons esprits ; on proclama leur action physiologique sur les tissus et les propriétés vitales des organes, à savoir les contractilités sensible et insensible, la sensibilité organique et celle de

la vie de relation. A la vérité, les sectateurs de Bichat accordèrent une trop grande prépondérance aux modifications de la contractilité insensible; ils tombèrent alors dans la même exagération qu'on pourrait nous reprocher à l'égard de l'action des vaso-moteurs; mais enfin ils eurent le mérite de ramener la thérapeutique dans les voies de la physiologie, d'où elle n'est plus sortie et qu'elle n'abandonnera plus.

La doctrine de Broussais semblait appelée à donner l'élan à cette thérapeutique nouvelle. Il n'en fut rien. Fondé sur une base rationnelle, mais trop étroite, le physiologisme du Val-de-Grâce devint nécessairement exclusif de la majeure partie de la matière médicale dont l'action était réputée incendiaire. S'il ne faussa pas les principes de la science, il amena cependant une éclipse presque totale de la thérapeutique, qui ne dura pas moins d'une quinzaine d'années et laissa plusieurs générations médicales dans les plus profondes ténèbres. Les praticiens, d'abord volontairement désarmés, devinrent bientôt ignorants des ressources que la matière médicale avait mises entre leurs mains. Pour les ramener aux saines traditions, il fallut vaincre leurs préjugés contre les médicaments actifs et refaire toute leur éducation. La tâche n'était pas facile. Quelques adversaires de Broussais s'y dévouèrent, voulant ainsi effacer les dernières traces de la doctrine ennemie. Dans cette circonstance, comme toujours, la réaction dépassa le but. On ne se contenta pas de démontrer que la doctrine du Val-de-Grâce était insuffisante, on lui dénia toute part de vérité; on ne se borna pas à prouver que l'inflammation n'était pas l'unique procès morbide, et que, n'étant pas une et toujours semblable à elle-même, elle réclamait, selon les cas, des traitements très-divers, on refusa de voir l'inflammation où elle était réellement, et, par un retour fâcheux vers les errements de l'ontologisme, on réhabilita le dogme de la spécificité absolue des maladies et de celle des médicaments. Le grand Laënnec, car le génie lui-même a ses défaillances, fut le promoteur de ces idées rétrogrades. Ce fut néanmoins une brillante période pour la thérapeutique que celle des quelques années qui suivirent la chute du physiologisme.

Les esprits échauffés par la lutte, éclairés déjà par la discussion, étaient prêts à recevoir la semence féconde de la vérité lorsque les illustres auteurs du *Traité de thérapeutique* entrèrent en lice. Leur magnifique ouvrage, révélation d'une science ensevelie dans l'oubli, fit, pour ainsi dire, l'effet d'une découverte paléontologique;

il piqua la curiosité, excita l'intérêt et servit puissamment à répandre l'instruction. Il s'ensuivit une révolution dans les idées et les habitudes des médecins praticiens, révolution qui s'est régularisée depuis et qui se continue activement sous nos yeux par l'intervention de toutes les générations médicales formées à l'école de MM. Trousseau et Pidoux.

La réhabilitation des agents de la matière médicale, la connaissance plus exacte et plus approfondie de quelques-uns, tels que la belladone, l'extension de la plupart d'entre eux, des vues neuves et judicieuses sur les médications, des tentatives heureuses dans la voie expérimentale, partout le cachet d'une expérience clinique consommée : voilà les principaux mérites de ce grand ouvrage, bien perfectionné depuis, devenu classique, traduit dans la plupart des langues de l'Europe et parvenu maintenant à sa huitième édition.

Les idées défendues dans l'œuvre commune, Trousseau vint les développer dans cette chaire et les propagea avec toute l'autorité de sa haute position et de son immense talent. Beaucoup d'entre nous ont eu le bonheur d'entendre cette parole vibrante, animée, pittoresque, qui se gravait si bien dans l'esprit des auditeurs. Nul, en effet, ne porta plus haut l'art d'énoncer les choses dans un langage clair et élégant, de souligner les points importants, de soutenir l'attention par des exemples choisis à propos et bien enchâssés dans l'exposition générale du sujet. Trousseau était, en un mot, le modèle du professeur éloquent et persuasif ; et lorsqu'après avoir jeté le plus vif éclat sur la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, il revint à sa chaire de prédilection, la foule avide de l'entendre se pressa autour de lui comme aux meilleurs jours. On assistait en quelque sorte à une seconde restauration de l'enseignement thérapeutique, car l'un des plus dignes représentants de la grande école anatomo-pathologique française, le professeur Grisolle, qui avait occupé la chaire dans l'intervalle, n'avait jamais considéré cette position que comme un acheminement vers la Clinique, où l'appelaient toutes ses prédilections et toutes ses aptitudes.

Par malheur, cet échange de chaires, qui remettait chacun à sa place et qui semblait devoir être si profitable à l'intérêt général, ne porta pas tous les fruits sur lesquels on était en droit de compter. Le professeur Grisolle ne tarda pas à être frappé de paralysie et fut perdu pour la science. Trousseau, dont le caractère vraiment chevaleresque ne se démentit en aucune circonstance, qui avait décidé de prendre sa retraite, afin, disait-il, de donner l'exemple et pour

faire place à de plus jeunes, Trousseau, en pleine possession de son talent et de son succès, quitta l'enseignement qu'il avait illustré.

Mon regretté et vénéré maître ne devait pas survivre longtemps à cette séparation volontaire d'avec la jeunesse qu'il avait tant aimée.

Ce n'est pas ici le lieu d'insister sur la grandeur d'âme et les autres qualités éminentes de Trousseau ; si l'on veut s'en faire une idée, il faut parcourir les pages éloquentes que son ami et collaborateur M. Pidoux vient de lui consacrer. Tout ce que je puis vous dire de cet éloge, c'est qu'il part d'un grand esprit et d'un grand cœur.

On pouvait craindre après la retraite de Trousseau que l'enseignement de la thérapeutique ne vînt à déchoir. Mais M. le professeur Sée, appelé à l'honneur de lui succéder, s'efforça de maintenir et même de rajeunir cet enseignement en lui transfusant les idées nouvelles et les faits inédits puisés dans la riche littérature germanique. Notre savant collègue déploya dans cette tâche une activité vraiment méritoire.

Au reste, en ce temps de libre concurrence il n'y avait pas d'interrègne possible. A côté de nous, non loin de cette enceinte, prospère un enseignement élémentaire privé, qui fut et qui restera longtemps encore, je l'espère, un auxiliaire puissant de celui de la Faculté. Vingt générations d'élèves ont puisé, dans les cours de M. le docteur Martin-Damourette, des connaissances étendues et sûres. Honneur donc à ce professeur libre, aussi savant que modeste, l'ami et l'émule d'un autre maître aimé, d'un physiologiste éminent que la maladie retient encore éloigné de ses travaux : j'ai nommé M. le professeur Martin-Magron !

C'est ici le lieu de jeter en arrière un rapide coup d'œil pour marquer les étapes et mesurer le chemin parcouru par la thérapeutique avant d'arriver à son état actuel.

Au point de départ, étancher le sang des blessures, en extraire les flèches ou les javelots, appliquer un bandage : voilà à quoi se bornait le rôle du chirurgien. Quelques simples, surtout des vulnéraires et des cordiaux ; le baume de la Samaritaine, puis des bains liquides et de fumigations, des lavements, des balsamiques comme antiputrides, des onguents et la graisse de crocodile contre le rhumatisme ; et, plus tard, un entassement de produits, surtout de plantes en nature, peu de substances minérales (alun, nitre, orpiment, vert-de-gris) : tel était le bilan de la médecine primitive. Sa caractéristique était la suivante : application aveugle, routinière, de recettes banales.

A la longue on finit par distinguer et catégoriser les cas d'après des similitudes plus apparentes que réelles, et les médicaments commencèrent à se classer eux-mêmes. Ceux d'origine minérale augmentèrent progressivement de nombre et d'importance avec les travaux des alchimistes. En même temps on vit se dégager de plus en plus les principes actifs, d'abord sous forme d'extraits, de teintures, de ce que le fameux Paracelse appelait des *quintessences*, ensuite à l'état de principes immédiats, neutres ou alcalins. Dès le dix-huitième siècle l'Académie royale des sciences comprit l'utilité de l'analyse chimique appliquée à l'étude des principes actifs des drogues; mais, les lois de la chimie organique n'étant pas encore dévoilées, l'Académie s'égara dans la vaine recherche de la composition élémentaire des substances organiques. Il fallut les découvertes de la chimie moderne pour amener les praticiens à l'abandon graduel des médicaments composés et répandre de plus en plus l'usage des préparations simples, ou du moins peu compliquées, et surtout celui des principes immédiats, des alcaloïdes, représentant les principales vertus des plantes médicinales. La réforme de la pharmacopée galénique, ardemment réclamée dès 1785 par Fourcroy, préconisée par Pinel, Schwilgué et plusieurs autres, peut être considérée comme accomplie depuis le règne du physiologisme broussaisien et la restauration de la thérapeutique par MM. Trousseau et Pidoux.

Cependant, depuis le quinzième siècle et la découverte de l'Amérique, les voyageurs ont doté la matière médicale d'un grand nombre de produits nouveaux, parmi lesquels il me suffira de citer l'ipéca, le quinquina, et l'acquisition toute récente de la fève de Calabar. La chimie, à son tour, nous a donné l'éther, le chloroforme, les alcaloïdes, l'iode, le brome, etc., et ses travaux accroissent incessamment nos richesses. Mais deux circonstances surtout ont contribué à renouveler la face de la thérapeutique, c'est, d'une part, l'introduction de la physiologie dans cette partie importante de la médecine, avec des applications plus rationnelles des agents de la matière médicale par Cullen, Schwilgué, Alibert et l'école de Bichat, ainsi que par Trousseau et Pidoux, par Pereira et les auteurs modernes; d'autre part, c'est l'emploi plus général des vivisections et autres expériences sur les animaux, lesquelles, déjà pratiquées par Galien et appliquées dès le siècle dernier à la connaissance des actions médicamenteuses, notamment par Schwilgué, Pinel et Landré-Beauvais, sont devenues l'un des plus puissants moyens de conquête de la science moderne.

Grâce à toutes ces causes réunies, la thérapeutique est parvenue de nos jours à un degré de perfection relative, dont nous serions tentés d'être fiers si nous pouvions oublier un instant la grandeur de la tâche qui nous reste à accomplir, si nous pouvions nous faire la moindre illusion sur la hauteur du but, les difficultés de la route et la faiblesse de nos moyens.

Supprimer la plupart des causes pathologiques par une excellente hygiène publique et privée, conjurer les maladies plus autonomes par une médecine préventive appropriée, dissiper toujours les troubles purement fonctionnels, réparer de nombreux désordres anatomiques et guérir la plupart des affections diathésiques, sinon dans l'individu, au moins dans la race : voilà l'idéal vers lequel aspire la thérapeutique et dont elle ne peut approcher qu'à la faveur des efforts constants de plusieurs générations d'observateurs pourvus d'une bonne méthode et dirigés par les principes d'une sage philosophie.

Il s'agit maintenant de nous entendre sur cette question fondamentale.

Quelques-uns d'entre vous connaissent déjà mes principes; j'ai eu l'occasion de les développer plus d'une fois par la parole ou dans mes écrits, mais il est indispensable que je les remette sous vos yeux. Pour épargner du temps, je vous demande, messieurs, la permission d'en emprunter l'exposé succinct à la préface de mes *Commentaires thérapeutiques du Codex* publiés il y a plus d'un an. Après avoir déclaré qu'il n'y a que des actions physiologiques suivies ou non de résultats thérapeutiques, j'ajoutais :

« D'abord, il n'y a que des actions physiologiques en ce sens que, d'une part, les médicaments sont uniquement des modificateurs d'organes ou de fonctions et nullement des antagonistes d'entités morbides, et que, d'autre part, ils agissent en santé comme en maladie. En second lieu, il n'existe à vrai dire ni propriétés ni vertus thérapeutiques. Le soulagement et la curation d'un mal ne sont pas le résultat d'une lutte engagée contre celui-ci par un agent capable de le combattre, et de le neutraliser directement comme ferait une base par rapport à un acide. Ce bénéfice est la conséquence des changements apportés dans la composition chimique la structure et les actes organiques du sujet, etc. »

Plus haut j'avais dit : « Les agents thérapeutiques ne se comportent pas autrement, ou plutôt ils n'agissent pas en vertu d'autres lois chez un malade que chez un sujet sain. Dans les deux cas, ils

n'atteignent que nos organes pour en modifier la composition et la structure ou les actes sécrétoires, moteurs, sensitifs, nutritifs et plastiques. » Et plus loin : « Les lumières de la biologie dissiperont le fantôme de la spécificité morbide et de la spécificité thérapeutique... » « La doctrine des vertus spécifiques des remèdes issue de l'ontologisme périra avec lui, et quand l'action physiologique des médicaments sera parfaitement connue, la thérapeutique ne sera plus qu'un corollaire de la physiologie. »

Faut-il m'expliquer davantage sur la question de doctrine ? Ai-je besoin de vous dire si je me range dans le camp des organiciens ou sous la bannière du vitalisme ? Au fond, cette question n'a pas l'importance qu'on lui attribue.

Entre les spiritualistes et les sensualistes, les matérialistes et les animistes, les vitalistes et les organiciens, la dissidence porte toujours sur le même point : la séparation ou la confusion de la matière et de la force. Que la matière soit minérale ou organique, que la force s'appelle *attraction* ou *vie* : c'est toujours le même problème qui se dresse devant nous.

Pour ceux qui n'admettent comme réel que ce qui tombe sous nos sens, il n'existe que de la matière et des propriétés ou qualités de cette matière.

Pour ceux, au contraire, qui croient que notre esprit ne crée rien et qui cependant conçoivent des abstractions, pour ceux-là les choses abstractives doivent être aussi réelles que le sont les phénomènes sensibles. Pour moi, je ne vois pas comment l'accord pourra jamais s'établir entre ces deux opinions. Qui nous montrera la force motrice distincte du projectile en mouvement ? Qui nous fera voir que le boulet ne se meut qu'en vertu d'une modalité transitoire de sa substance matérielle ? Mon esprit se refuse à comprendre la force subsistant par elle-même ; mais il ne comprend pas davantage la transmission d'un je ne sais quoi, dépourvu de toute existence propre, qui s'effectuerait d'un objet à un autre. Quand une bille d'ivoire en met une seconde en mouvement, elle ne lui cède pas de matière, et cependant elle lui donne quelque chose qu'elle perd elle-même ; ce quelque chose existe donc indépendamment de la masse à laquelle il se trouve momentanément associé. Ce que je dis de la force, à plus forte raison le dirai-je du temps, dont l'existence me semble indépendante des phénomènes qui nous servent à le mesurer. Le temps ne saurait plus, comme la force, devenir une manière d'être de l'aiguille qui parcourt le cadran, de la terre qui tourne sur elle-même

ou des astres qui gravitent dans les espaces planétaires. Un nombre incalculable de phénomènes se passent au même instant dans l'univers, et cette portion de l'éternité n'appartient en propre à aucun d'entre eux : le temps subsisterait essentiellement, quand même aucun événement ne viendrait en partager le cours.

Toutefois, comment saisir le temps et l'espace, si ce n'est par la durée des phénomènes dont nous sommes témoins, ou par l'étendue des objets que nous pouvons toucher ou mesurer du regard?

Reconnaissons donc que ce sont là des problèmes inaccessibles à la science et ne consumons pas notre intelligence à la recherche d'une solution qui paraît devoir nous échapper toujours.

Que la force soit indépendante de la matière, ou qu'elle n'en soit qu'un attribut : question de métaphysique dans laquelle la science proprement dite n'a rien à voir; mais, puisqu'en bonne logique il faut éviter de multiplier les êtres des raisons, on peut s'en tenir provisoirement à la conception de la *force-attribut*, ce qui nous conduit au *vitalisme organique* si brillamment exposé, si énergiquement défendu par l'un des esprits les plus éminents de notre époque, mon savant maître et ami M. Pidoux. Ce n'est peut-être là qu'un compromis, qu'un expédient, mais il a le mérite de nous restreindre dans le cercle des faits et de nous interdire le domaine de l'hypothèse pure où va s'engloutir toute véritable science.

Voilà ma profession de foi quant aux principes scientifiques.

Reste la méthode, plus importante peut-être que les principes eux-mêmes.

A mon avis, il n'y en a qu'une bonne: bien observer et rigoureusement induire, rapprocher les faits par voie analogique et les subordonner logiquement de manière à s'élever à des faits de plus en plus généraux et compréhensifs, décorés du titre de *lois*. Un illustre chimiste, M. Chevreul, la désigne sous le nom de *méthode expérimentale à posteriori*. C'est la méthode formulée, sinon imaginée par Bacon, c'est aussi par excellence celle de la philosophie positive à laquelle se rallient désormais tous les esprits sévères.

Mais si la définition de la méthode est généralement acceptée, l'accord cesse dès qu'il s'agit de préciser le meilleur moyen d'arriver à la connaissance des faits. Sous ce rapport, les savants semblent vouloir se partager en deux camps : les uns attachés à l'observation ancienne, les autres partisans exclusifs de l'expérimentation sur les animaux. Ceci cache un malentendu qu'il importe de faire cesser.

Nous devons à l'expérimentation sur les animaux d'inestimables conquêtes : la distinction rationnelle des racines antérieures et postérieures par Magendie, Ch. Bell et M. Longet, l'éminent professeur de physiologie de cette école ; la glycogénie hépatique, par le plus célèbre de nos physiologistes, M. Cl. Bernard ; les voies de transmission des impressions sensitives, par mon savant ami et collègue M. Brown-Séquard ; la régénération nerveuse, par le même physiologiste et par l'un de ses plus dignes émules, M. le professeur Vulpian, etc.

Faut-il donc proclamer la supériorité absolue de ce procédé d'investigation, et l'observation, désormais inutile ou superflue, doit-elle être reléguée dans un coin de la galerie de l'histoire du travail ?

En agir ainsi serait à la fois injuste, imprudent et irrationnel.

Ce serait de l'injustice et de l'ingratitude, puisque nous devons à l'observation le meilleur de nos connaissances.

Ce serait imprudent, car nous nous priverions ainsi de gaieté de cœur d'un moyen d'acquisition à la disposition de tous ceux qui cultivent la science, tandis que l'expérimentation, même débarrassée des entraves de la Société protectrice des animaux et de la sensiblerie de quelques efféminés ou de quelques hypocrites, l'expérimentation libre dans ses allures ne sera jamais que le privilége d'un petit nombre.

Ce serait irrationnel, attendu que l'observation s'applique au fait expérimental aussi bien qu'au fait de hasard.

L'expérimentation, sachez-le bien, n'est autre chose qu'un procédé à l'aide duquel le savant suscite un phénomène dont il cherche à déterminer les lois ; mais lorsque l'expérimentateur est parvenu à réaliser les conditions de ce phénomène, il faut bien qu'il en observe l'apparition, la durée, l'intensité et tous les autres caractères afin de constater les rapports de succession ou de causalité, eu égard à d'autres phénomènes connus, et d'en déterminer la nature.

A part l'idée hypothétique dont on cherche la vérification, à part la conception du dispositif de l'expérience, l'opération de l'esprit qui s'exécute alors est fondamentalement la même que celle à laquelle se livre l'observateur proprement dit. Celui-ci, je l'accorde, est plus contemplatif ; l'expérimentateur, suivant l'expression pittoresque de M. Cl. Bernard, est plus conquérant, mais tous deux mettent en jeu les mêmes facultés, tous deux observent soit des faits voulus et provoqués, soit des faits relativement spontanés, et que le hasard a placés sur leur chemin. L'individu avide de vérités

et pressé de jouir doit recourir à l'expérience; l'humanité, qui a devant elle la suite indéfinie des temps, peut à la rigueur s'en passer. Loin de moi la pensée de blâmer ceux qui vont au-devant de l'observation et de leur préférer absolument ceux qui l'attendent! Question de tempérament, question de mœurs : l'expérimentation convient mieux à ce siècle d'ardeurs impatientes.

Au reste, chaque méthode a ses mérites particuliers. L'homme qui sacrifie des animaux arrive souvent plus vite à dégager de cette chair palpitante les inconnues du problème compliqué de la vie, il apporte parfois à la théorie ses appuis les plus solides et ses démonstrations les plus éclatantes. En rendant un grand nombre d'adeptes témoins de ces faits expérimentaux, il décide les fortes convictions et propage une science plus sûre d'elle-même. Mais, à côté de ces avantages, il faut bien reconnaître certaines infériorités. Sans parler des faiblesses de l'expérimentateur, de ses illusions, des interprétations erronées, des conclusions hâtives, des applications prématurées; sans tenir compte des contradictions entre les autorités les plus recommandables, sans insister sur l'assimilation impossible des résultats observés chez des grenouilles et même chez des mammifères herbivores à ce qui se passe chez l'homme, je signalerai d'autres conditions défectueuses. Beaucoup de phénomènes sont difficiles à saisir ou sont impossibles à constater chez les animaux; les premiers degrés passent inaperçus. Quant aux phénomènes subjectifs, ils échappent presque entièrement. Comment reconnaître chez les animaux les troubles légers de la sensibilité tactile dans ses différents modes, ainsi que des sensibilités spéciales? Comment savoir s'ils éprouvent de l'engourdissement, des douleurs fulgurantes, des mouches volantes, de la photopsie; ou bien de la céphalalgie, du délire, de l'amnésie et de la torpeur musculaire. Et, remarquez-le bien, l'existence de tels symptômes au début des expériences ne saurait s'induire de la circonstance qu'ils deviennent évidents dans les périodes plus avancées, car les effets des agents mis en œuvre sont souvent inverses, selon que l'action est légère ou violente. On ne s'étonnera donc pas si j'avance que, dans un grand nombre de cas, les expérimentateurs ont méconnu les premiers stades des effets provoqués intentionnellement, et que leur attention ne s'est fixée que sur les manifestations grossières des désordres occasionnés par les substances médicamenteuses ou toxiques.

A ne tenir compte que des résultats obtenus, on serait souvent

tenté d'admettre une grande similitude d'action entre les agents les plus opposés, entre le nitrate d'argent et l'aconitine ou l'atropine, entre l'opium et la strychnine, entre la ligature des veines et la saignée des artères. L'observation clinique conduit à de tout autres conséquences. Ici les troubles sont à la fois plus nombreux et plus faciles à observer, le malade intelligent les accuse dès leur début et sait en donner la formule exacte. Il n'y a pas d'expérience qui puisse tenir lieu de ces renseignements, surtout quand le médecin est le sujet de sa propre observation. Les lésions spontanées ont aussi sur les traumatismes intentionnels un avantage incontestable, c'est de se présenter quelquefois plus simples et plus dégagées de toute complication capable d'en masquer les symptômes. Par exemple, une petite hémorrhagie sur le trajet encéphalique du nerf vague démontrera mieux l'influence de ses racines sur sa triple fonction respiratoire, circulatoire et digestive, que ne ferait une incision de la substance de l'isthme, laquelle incision, supposant une solution de continuité des méninges, de la colonne vertébrale, des muscles et de la peau, entraîne des désordres capables de masquer les symptômes propres à la lésion des origines du pneumo-gastrique.

Mon illustre et vénéré maître, Fr. Lallemand, a montré dans sa thèse tout le parti qu'on peut tirer des faits pathologiques pour éclairer les questions de physiologie. Après l'avoir lue, il serait permis de répéter avec Hippocrate que « les connaissances les plus positives en physiologie ne peuvent venir que de la médecine. » Sans aller jusque-là, je ne crains pas d'affirmer que la science fonde avec raison autant d'espérances sur l'observation clinique que sur les vivisections, sur l'administration thérapeutique des médicaments, chez l'homme, que sur les expériences d'empoisonnement pratiquées sur les animaux. La pathologie reste encore, suivant la belle expression de M. Coste, « cette grande lumière de la science physiologique..., la sœur aînée de l'expérimentation, et souvent son guide. »

Quant au caractère *explicatif* et *conquérant* qu'il faudrait attribuer exclusivement à l'expérimentation, l'éminent professeur du Collége de France, s'appuyant sur des exemples tirés de l'histoire naturelle et de l'embryogénie, démontre que les sciences d'observation sont explicatives et conquérantes de la nature vivante à peu près au même titre que les sciences expérimentales. Ce n'est pas tout. Il est moins facile qu'on ne le pense de faire, dans l'avancement de la science, la part qui revient à l'expérience proprement

dite et à l'observation pure. Il n'est pas un clinicien, par exemple, qui n'ait à peu près tous les jours l'occasion de joindre des expériences à la constatation des symptômes du mal. Ainsi, lorsqu'il a découvert du liquide dans le ventre par la palpation et la percussion, il s'enquiert aussitôt de la question de savoir si le liquide est libre ou incarcéré. Pour éclaircir ce doute, il fait changer la position du malade et s'assure ainsi que le liquide obéit sans obstacle aux lois de la pesanteur. Voilà une expérience. Et, pour prendre un exemple dans les faits thérapeutiques, je dirai que le praticien qui, se laissant guider par des raisons analogiques étend l'administration du sulfate de quinine des fièvres palustres à toutes les fièvres d'accès, de celles-ci aux névralgies intermittentes et finalement aux fluxions sanguines inflammatoires, celui-là fait à chaque pas une expérience nouvelle.

Toute cette discussion, messieurs, peut se résumer ainsi :

Il n'existe qu'un seul moyen de connaître les faits, c'est l'observation.

Seulement, tantôt le savant se borne à regarder les phénomènes tels qu'ils se présentent ; tantôt, au contraire, il les provoque afin de les mieux étudier.

Là gît toute la différence entre l'*expérimentation* et l'*observation pure et simple*. M. Coste a donc eu raison de dire que « l'expérimentation doit être subordonnée à l'esprit d'observation qui l'institue et la gouverne. »

D'ailleurs, les deux procédés sont incessamment mêlés et confondus dans l'*expérience* journalière.

En pratique comme en théorie, il n'y a donc pas lieu de les séparer. Il est même indispensable de les faire concourir à l'avancement de la science en demandant à chacun d'eux les services particuliers qu'il peut rendre. Pourquoi nous dessaisir d'un de ces précieux instruments de progrès ? Ce serait peut-être lâcher la proie pour l'ombre.

Elançons-nous donc, messieurs, à la conquête des vérités nouvelles dans les voies de l'expérimentation ; mais donnons à celle-ci pour contrôle et pour sanction la froide et impartiale observation clinique. Accroissons par tous les moyens nos richesses scientifiques ; mais gardons-nous de dissiper follement le trésor des connaissances positives léguées par la tradition médicale.

Du diagnostic des fièvres par la température(1);

Par le professeur Sée.

(3e article.)

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES MALADIES DU TROISIÈME GROUPE.

Ce groupe comprend la fièvre typhoïde, la fièvre synoque, la fièvre catarrhale (la grippe) et le rhumatisme articulaire aigu.

Diagnostic de la fièvre typhoïde. — Rien n'est plus difficile que le diagnostic de la fièvre typhoïde au début, et cela surtout dans les pays palustres, et cependant il y a peu de questions plus importantes pour la pratique médicale; le médecin en présence d'un fébricitant est sollicité par les parents de donner son avis, et s'il se trompe ou s'il veut garder la réserve, il en résulte un effet défavorable pour le malade et souvent pour le médecin.

Si vous ouvrez vos livres classiques, le chapitre de la fièvre typhoïde est tout simple, il repose sur les données suivantes :

Dans la première semaine paraît la fièvre, de la prostration avec épistaxis; puis la deuxième semaine est marquée par des taches et des râles caractéristiques, de la diarrhée, des gargouillements et la tuméfaction de la rate.

Or c'est là un pur tableau de fantaisie, car il suppose le malade au grand complet avec tous les phénomènes caractéristiques, tandis qu'on n'observe que des malades incomplets. Que de fois pendant la première semaine n'y a-t-il qu'un seul symptôme, la fièvre; l'épistaxis et la prostration manquent souvent. De même dans la seconde semaine les taches font défaut et les râles typhoïdes sont absents. Alors l'embarras est grand, et dans la pratique civile l'on ne se contente pas du mot *fièvre continue*, on insiste pour savoir si ce n'est pas une fièvre typhoïde, car les gens du monde craignent la contagion, et ils demandent que le médecin se prononce et décide.

Je n'admets que deux formes de fièvre typhoïde : la forme régulière et la forme irrégulière.

La forme régulière comprend le type bénin et le type grave.

Ces deux types débutent de la même façon et la distinction n'est

(1) Leçon clinique professée à l'hôpital de la Charité (suite). Voir les livraisons précédentes, p. 145, 193.

possible que vers le neuvième ou le dixième jour. Les symptômes sont semblables et la courbe thermométrique est la même pendant huit à dix jours.

Les anatomistes avaient tenté d'expliquer ces deux types par la différence des lésions anatomiques, et ils disaient : le type bénin est dû aux plaques molles et le type grave à la formation de plaques dures. Ils partaient de cette opinion que la fièvre typhoïde était localisée dans les glandes de l'intestin et les plaques de Payer en particulier ; mais la gravité de la maladie ne dépend pas de l'ulcération de l'intestin, l'altération des plaques de Payer ne constitue qu'un accident localisé dans l'intestin ; la gravité de la maladie dépend des phénomènes généraux, ou bien des accidents localisés vers le cerveau ou les poumons, mais l'intensité de la fièvre et de la température n'a aucun rapport avec la lésion intestinale. Les deux types sont nettement dessinés par la thermométrie et non par la lésion.

La fièvre typhoïde irrégulière est caractérisée par la présence de phénomènes graves qui peuvent survenir du côté du cerveau, de la moelle et de leurs méninges, des muscles, des poumons.

Ainsi, pour le cerveau, dès le début peut apparaître un délire intense qui peut faire croire à une méningite ou à une attaque d'alcoolisme aigu.

Dans le poumon, le catarrhe bronchique qui est constant s'exagère, les mucosités sécrétées en grande abondance s'accumulent, obstruent les bronches et il en résulte ce qu'on a appelé à tort *la pneumonie lobulaire*, qui n'est en réalité qu'un collapsus du tissu pulmonaire, un affaissement de ce tissu qui ne reçoit plus d'air par suite de l'obstruction des bronches ; alors il peut arriver qu'on soit tenté d'attribuer à la pneumonie ces lésions qui sont sous la dépendance de la fièvre typhoïde.

D'un autre côté, certaines pneumonies débutent par un délire intense et s'accompagnent d'un état analogue à l'état typhoïde et il n'est pas toujours facile de distinguer la pneumonie à forme typhoïde de la fièvre typhoïde avec localisation pulmonaire.

Dans une période avancée de la fièvre typhoïde, il peut survenir, en effet, une véritable pneumonie qui sera prise à tort pour un simple collapsus pulmonaire.

Enfin, au point de vue des localisations pulmonaires, n'oublions pas que le diagnostic de la phthisie aiguë et de la fièvre typhoïde est souvent très-difficile.

Type régulier et bénin. — Jusqu'au neuvième et dixième jour, il affecte tout à fait la même marche que le type grave. Il faut donc lui reconnaître deux périodes : la première, qui dure neuf à dix jours, et une deuxième qui le caractérise ultérieurement. Il faut diviser cette première période en deux : l'une de quatre jours, où se dessine nettement le type des autres fièvres que l'on pourrait confondre avec la fièvre typhoïde, et une autre qui dure de cinq à six jours. Cette division est basée essentiellement sur la marche de la température fournie par le thermomètre, et vous voyez qu'il ne faut plus se fier à la division en septénaires qui règne en médecine depuis Hippocrate et Pythagore.

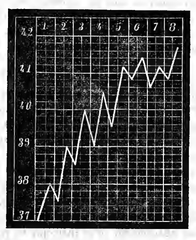


Fig. 10. Première période de quatre jours de la fièvre typhoïde.

Voyez en effet la courbe thermométrique dans cette figure, première période de quatre jours ; la température monte en zigzag pendant ces quatre jours, c'est-à-dire qu'elle gagne de chaque matin à chaque soir, en douze heures, 1 degré à 1°,5 ; mais en même temps, de chaque soir au lendemain matin, il y a une diminution de 0°,5. Ainsi, étudiez le tableau suivant :

Le premier jour au matin vous avez 37 degrés, le soir 38 degrés.					
Le deuxième	—	—	37,5	—	39
Le troisième	—	—	38,5	—	40
Le quatrième	—	—	39	—	41

La figure 10 indique la marche de la température dans la forme grave de la fièvre typhoïde.

Voici la marche de la température au début dans la forme bénigne :

Le premier jour	au matin	on a	36 degrés,	le soir	37 degrés.
Le deuxième	—	—	36,5	—	38
Le troisième	—	—	37,5	—	39
Le quatrième	—	—	38,5	—	39,5

Cette marche caractéristique de la température de cette période de début étant bien connue, vous pouvez en toute sûreté affirmer votre diagnostic. Voyons en effet les divers cas qui peuvent se présenter :

1° Vous êtes en présence d'un malade qui a ou a eu la fièvre ; si le deuxième ou troisième jour vous trouvez une température normale de 37 degrés, 37°5, excluez nettement la fièvre typhoïde ;

2° Le malade a de la fièvre continue, mais la température du soir est constante à 38 degrés, 38°,5, et ne varie pas ; vous pouvez dire : ce n'est pas une fièvre typhoïde, car pour l'annoncer il vous faut une progression croissante, cette courbe caractéristique en escalier ;

3° Si votre malade, dans les deux premiers jours offre une température de 40 degrés, excluez, et cela à coup sûr, la fièvre typhoïde ;

4° Si le troisième jour au matin votre malade présente une chute de la température, affirmez que ce n'est pas une fièvre typhoïde, car il vous faut une progression croissante ;

5° Si maintenant nous prenons les fièvres à frisson, nous avons des caractères bien tranchés. Vous savez que dans l'accès avec frisson, la température atteint en douze heures le maximum de 40 degrés ; la fièvre typhoïde, elle, met quatre jours pour arriver à ce chiffre. Mais il peut arriver, et cela se voit surtout dans les pays palustres, que la fièvre typhoïde peut débuter par un accès de fièvre intermittente, alors il y a une différence dans la température de l'accès. Dans l'accès de fièvre palustre simple, la température atteint 40 degrés en douze heures ; quand c'est un accès qui marque le début d'une fièvre typhoïde, la température ne dépasse pas 38°,5 à 39 degrés. En pareille occurrence, le médecin doit toujours soupçonner une fièvre typhoïde.

Passons maintenant au diagnostic de la fièvre typhoïde avec les fièvres de la deuxième série (fièvres éruptives).

La difficulté parfois n'est pas très-grande. Souvent vous avez

en vingt-quatre heures une température de 40 degrés, c'est ce qui nous arrive pour la scarlatine et l'érysipèle. Pas de doute alors.

La variole débute comme une fièvre continue, mais elle ne présente pas de rémissions le matin, bien que sa marche soit progressive. Cependant il y a des cas où l'erreur est facile à commettre ; certains malades ont une rachialgie telle, qu'ils sont immobiles dans leur lit et qu'on les croit dans une prostration profonde ; la marche de la température peut seule dissiper les doutes.

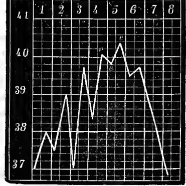


Fig. 11. Rougeole confluente.

La rougeole présente la même marche que la fièvre typhoïde au point de vue thermométrique : progression constante de la température avec rémission le matin ; aussi les deux premiers jours l'erreur peut être infaillible, mais le doute est dissipé le troisième jour dès que le thermomètre dépasse 39 degrés, car la rougeole ne va que rarement au delà de ce maximum ; la figure 11 en est cependant un exemple. On voit très-bien l'analogie de la courbe de la fièvre typhoïde et de la rougeole, caractérisées toutes les deux par les rémissions du matin.

La pneumonie, au début, peut aussi tromper le médecin et lui faire croire à une fièvre typhoïde, surtout si elle s'accompagne d'adynamie ; les signes stéthoscopiques peuvent faire complétement défaut et l'expectoration peut être nulle. La courbe thermométrique rectifie le jugement, car dans la pneumonie la température a une marche rapide ; en vingt-quatre heures, elle atteint 40 degrés, et dès le troisième et le quatrième jour, le maximum se maintient constant aussi bien le matin que le soir.

Etudions maintenant les maladies qui complètent le dernier groupe : la fièvre synoque, la grippe et le rhumatisme articulaire.

Il paraîtra peut-être étrange à quelques-uns d'entre vous que j'admette une fièvre synoque, maladie que vous voyez rarement dans les hôpitaux ; mais son existence m'est bien démontrée ; vous la rencontrerez dans la pratique civile, et elle se caractérise sous la forme d'une fièvre continue simple qui dure huit, dix à douze jours ; jamais le thermomètre ne dépasse 39 degrés.

La grippe, au début, présente des symptômes analogues à la fièvre typhoïde : fièvre le soir, rémission le matin, prostration, fatigue musculaire, râles bronchiques comme dans la fièvre typhoïde. Mais il ne faut pas oublier que les râles n'apparaissent pas au début de la fièvre typhoïde, mais bien vers le sixième ou le septième jour, et que dans la grippe ils existent dès le premier jour. La rémission de la fièvre dans la grippe n'est jamais aussi marquée que celle de la fièvre typhoïde, et enfin, vers le quatrième jour, jamais le maximum de température n'atteint 40 degrés dans la grippe.

Rhumatisme articulaire aigu. — Certaines fièvres typhoïdes présentent ce qu'on a appelé *la forme arthritique*, c'est-à-dire présentent des douleurs localisées dans des articulations multiples. Comment les distinguer du rhumatisme au début ? Par l'étude de la température.

Dans le rhumatisme, la marche de la température est lentement croissante, il lui faut au moins une semaine pour atteindre le maximum, qui ne dépasse jamais 39 degrés, et il ne faut pas croire que la température s'élève quand il survient une complication telle qu'une péricardite ; la lésion du péricarde ne modifie en rien la température, il faut que le médecin en soit prévenu et sache bien que le rhumatisme est une maladie qui a toujours une température peu élevée, parce que le malade perd son calorique par la transpiration.

Fièvre synoque. — La fièvre seule existe sous la forme continue ; or il est certaines fièvres typhoïdes qui, au début, ne présentent pas d'autres symptômes ; il n'y a ni prostration ni épistaxis ; mais la synoque présente habituellement le type continu ; parfois il y a des rémissions le soir, et la fièvre cesse après une période de sueur vers quatre heures du soir, ce qui ne se voit jamais dans la fièvre typhoïde. Enfin, arrivé au quatrième jour, si vous voyez que la température n'atteint pas 39 degrés, vous pouvez vous prononcer et exclure la fièvre typhoïde.

Deuxième période de la fièvre typhoïde, de cinq à dix jours.— Nous avons dit que la première période, qui comprend quatre à cinq jours au point de vue thermométrique a une marche typique qui permet de la différencier avec d'autres maladies qui présentent dès le début des symptômes analogues, telles les fièvres éruptives, la grippe, l'érysipèle, la pneumonie. Nous allons maintenant examiner la deuxième période qui dure du cinquième au dixième jour, et présente au point de vue de la marche des différences notables avec la première; c'est ici que le thermomètre vous donnera la clef du diagnostic des formes de la fièvre typhoïde entre elles, ce qui est très-important au point de vue du pronostic, car vous pourrez prédire presque à coup sûr l'issue de la maladie.

Tout d'abord, du cinquième au dixième jour, vous trouverez la même marche dans tous les cas, qu'ils soient graves ou bénins; la seule différence pour les fièvres malignes consiste dans des irrégularités dans la marche de la température, qui est extravagante : fièvre le matin, plus encore que le soir; alors le pronostic doit être réservé; mais il ne faut pas trop être affirmatif, car à cette période on voit les malades qui ont atteint 41 degrés guérir. Ne vous hâtez pas de tirer l'horoscope du malade et n'exprimez que des craintes.

Dans les cas de moyenne intensité se présentent deux formes au point de vue de la marche : dans l'une la température atteint 40°,5 le soir, il y a cinq dixièmes de moins le matin; mais il se peut faire que la rémission matinale soit moindre et ne soit que de deux dixièmes; il ne faut pas s'en alarmer, car dans cette période, le thermomètre ne donne que des conclusions pronostiques nulles. Dans l'autre forme, la température ne dépasse jamais 39°,5, et la température matinale baisse d'un degré, d'un demi; alors il est permis de porter un pronostic favorable. Ces cas de fièvres typhoïdes dans lesquelles la température ne dépasse jamais 39°,5 constituent des fièvres typhoïdes avortées, ce qu'on a appelé improprement *le typhus abortif*.

Si dans la période que nous venons d'étudier, il faut être réservé sur le diagnostic, à partir des onzième et douzième jours on peut faire le prophète et affirmer le pronostic.

Voici en effet ce qui se voit : Dans les cas favorables, le soir du dixième jour ou le matin du onzième, il y a une élévation considérable de température suivie de rémission, puis le douzième jour il y a nouvelle recrudescence, et le treizième jour au matin l'éléva-

tion de température est presque nulle, car il se produit une rémission d'un degré et demi qui continue les jours suivants. Ce n'est que le quatorzième jour que l'exacerbation du soir diminue, cependant le malade n'est pas guéri, et ce n'est que le dix-septième jour que le thermomètre descend à 37 degrés. Enfin, jusqu'au vingt et unième jour, il y a de légères exacerbations. En présence d'une telle marche, la guérison est certaine.

Voyons maintenant ce qui se passe dans les cas graves qui doivent être mortels ou prolongés. A partir du neuvième jour la température matinale ne descend plus au-dessous de 39°,5, parfois elle se maintient à 40 degrés, et le soir elle est de 40°,5 à 41 degrés. Puis on constate trois autres phénomènes qui sont les suivants : Absence de la détente du douzième jour, augmentation de température le quinzième, enfin des exacerbations vespérales qui se prolongent jusqu'à minuit ou même deux heures du matin, et empiètent sur les rémissions matinales au point de les supprimer presque, puisqu'on les voit se produire dès dix heures du matin au lieu de quatre à cinq heures du soir. Dans ce cas le pronostic est très-grave.

Les cas qui se terminent par la mort sont prévus par ce fait, que dans la troisième et la quatrième semaine la température persiste à 40°,5 et 41 degrés, et surtout le matin on la retrouve à ce chiffre. Il y a des oscillations de température accentuées aussi bien le soir que le matin. Enfin si le thermomètre marque 42 degrés, la mort est à peu près certaine, bien qu'elle ne soit pas infaillible.

Quant aux formes irrégulières, elles ne se rencontrent que chez des individus ou très-jeunes, ou âgés au delà de quarante ans, ou chez des anémiques.

Chez les enfants au-dessous de douze ans, l'ascension du thermomètre est rapide et la première période ne dure plus quatre jours; puis la deuxième, qui commence le troisième jour, peut être suivie de défervescence du neuvième au douzième jour; l'on peut donc dire que la marche de cette forme est bien plus rapide, et le jugement peut-être plus prompt.

Chez les enfants, la fièvre typhoïde en général présente une marche bénigne, et les symptômes sont parfois si peu accentués que le diagnostic peut être difficile ; mais en revanche, il y en a de très-graves à début brusque avec prédominance des troubles cérébraux et pulmonaires ; c'est l'exception.

La fièvre typhoïde marche tout autrement chez le vieillard, rare-

ment le thermomètre atteint 40 degrés, il reste au-dessous et le maximum ne se prolonge pas au delà de la troisième semaine; il se produit des oscillations fréquentes, surtout dans la convalescence où les rechutes se voient souvent et s'annoncent par une réascension subite de la courbe thermométrique; enfin il faut redouter un collapsus profond dans lequel tombent facilement les gens âgés.

Les anémiques ont, au point de vue de la fièvre typhoïde certains privilèges. Ils n'ont point ce cortège d'accidents terribles qu'on rencontre chez les pléthoriques et les gens robustes; chez eux la maladie affecte le type bénin, mais ils sont exposés à des hémorrhagies fréquentes (épistaxis, hémorrhagies intestinales) et à des infarctus hémorrhagiques, puis la maladie se prolonge, il se produit facilement des eschares, et c'est alors que l'on observe le délire d'inanition qui a souvent trompé les anciens observateurs.

(La fin au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'acide chromique et de son emploi thérapeutique dans quelques affections chirurgicales de la bouche;

Par le docteur E. Magitot, lauréat de la Faculté et de l'Académie impériale de médecine, etc.

(1er article.)

L'histoire des applications thérapeutiques de l'acide chromique est fort courte et très-récente.

Découvert par Vauquelin vers 1800, il fut employé pour la première fois par Hannover, en 1840, dans ses études anatomiques, dans le but de durcir les tissus sans les déformer ni les réduire sensiblement de volume, de manière à faciliter les préparations par coupes minces pour l'examen microscopique (1). Depuis Hannover, cette application se généralisa ainsi aux études anatomiques, et ce moyen est aujourd'hui entre les mains de tous les micrographes. L'acide chromique est donc, à ce point de vue, un antiseptique et un agent de conservation presque indéfini des tissus cadavériques.

(1) Hannover, *die Chromsaure, ein vorrügliches Mittel bei mikroskopischen Unterfuschungers* (*Arch. für anat. und physiologie*, von J. Müller, 1840, p. 547).

A cet effet, on plonge les préparations dans une solution aqueuse à concentration variée suivant le degré de dureté qu'on veut leur donner.

L'idée première de l'application de l'acide chromique comme caustique sur les tissus vivants paraît appartenir à M. Ch. Robin, qui, dans une communication à la Société de chirurgie, en 1855, mentionne deux cas de chancres de la verge cautérisés avec une goutte d'une solution d'acide chromique (1).

Des deux faits observés par lui à cette époque, M. Robin concluait que cet agent devait être regardé comme l'un des meilleurs caustiques propres à détruire les chancres naissants et arrêter la marche de ceux qui deviennent phagédéniques. Il avait remarqué, en outre, que son action ne s'étend pas au delà du contour de la goutte de liquide employé et qu'elle gagne en profondeur à peu près autant que la couche liquide a d'épaisseur. Il résulterait de cette application la formation d'une eschare sèche qui se détache peu à peu et laisse, lors de sa chute, une plaie de bonne nature.

Quoi qu'il en soit, l'exemple donné par M. Robin ne paraît pas s'être répandu, et, en dehors de l'application généralisée aujourd'hui de la solution d'acide chromique à la destruction des végétations vénériennes, nous ne connaissons que fort peu d'indications de son emploi externe.

Toutefois M. Serres d'Alais, imitant en cela la pratique de certains chirurgiens belges, a proposé l'emploi de l'acide chromique monohydraté à la destruction des granulations si rebelles du cartilage tarse (2) et M. E. Ménière l'emploie en solution assez faible contre les végétations de la caisse et de la membrane du tympan.

Plus récemment, Pardou, dans le dispensaire de dermatologie de Belfast, a proposé une solution d'acide chromique (1 drachme pour 1 once d'eau) en lotion contre les dermatophytes : teigne circinée et tonsurante, sycosis et les maladies parasitaires en général (3). Nous avons personnellement vérifié l'efficacité de cette solution dans le traitement d'un certain dermatophyte, le *pytiriasis versicolor*, qu'elle fait complétement disparaître même après une seule application.

Dans les condylomes et productions diverses de nature épider-

---

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1855, p. 590.

(2) *Comptes rendus de la Société impériale de chirurgie*, 1866, et *Gazette des hôpitaux*, 1866, p. 44.

(3) *Journal of cutaneous medicine*, nº 5, 1867.

mique ou épithéliale, l'acide chromique a donné, entre les mains du même chirurgien, des résultats bien préférables à l'emploi des caustiques ordinaires, acide azotique, chlorures de zinc et d'antimoine. Le médecin anglais remarque, en outre, qu'il a l'avantage de ne causer aucune douleur. Il l'a employé même dans le lupus et dans l'eczéma, contre lequel une solution au millième est, dit-il, très-utile. M. Pardou rapporte, en outre, que Sigmund l'a employé contre le cancer, mais il ne mentionne pas les résultats obtenus.

Nos premières expériences personnelles sur l'emploi comme caustique de l'acide chromique dans quelques affections de la muqueuse buccale remontent à environ huit années. Frappé de l'état que communique cette substance aux tissus organiques destinés aux études anatomiques, nous avons songé à l'utiliser comme modificateur de certains états morbides des gencives si souvent rebelles, comme on sait, aux remèdes les plus énergiques. Nous avons fait connaître, il y a deux ans, les premiers faits de notre pratique spéciale dans une étude sur l'*ostéo-périostite alvéolo-dentaire* (1). Nous avions en même temps étendu l'emploi de cet agent à un certain nombre d'affections buccales, et nous fûmes si frappé des bons effets obtenus, que nous l'avons adopté comme le caustique par excellence de cette muqueuse. Ce sont ces résultats que nous allons consigner dans ce travail.

L'acide chromique se présente à l'état solide sous forme de cristaux octaèdres oblongs qui sont hydratés. Sa formule chimique est CrO^3HO.

Ces cristaux sont d'un rouge foncé qui peut passer au noir par l'action de la chaleur. Il est sans odeur, mais sa saveur est styptique et désagréable, avec un arrière-goût comme savonneux. Il est excessivement soluble dans l'eau. Il est déliquescent à l'air et même dans les flacons bouchés à l'émeri. La dissolution est d'un jaune rougeâtre et assez rapidement décomposable par l'action de la lumière, avec dégagement d'oxygène et dépôt de chromate de sesquioxyde de chrome ($^3CrO^3 = CrO^3,Cr^2O^3 + O^3$).

L'acide chromique est également soluble dans l'alcool, mais cette dissolution nous paraît difficile et dangereuse à manier, surtout dans la bouche, attendu que sous l'influence de la lumière ou de la chaleur elle est susceptible de se décomposer avec dégagement de

(1) *Archives générales de Médecine*, 1867, série VI, t. IX, p. 679, et t. X, p. 35.

chaleur. A la faveur de la division qu'elle éprouve dans les mailles du coton ou de la charpie, une application de cette dissolution risque même de s'enflammer subitement. Nous repoussons donc complétement l'emploi de ce liquide.

Appliqué sur l'épiderme cutané, l'acide chromique le jaunit fortement, et si l'application est prolongée, il le détruit, mais par désorganisation progressive, sans provoquer de soulèvement ni formation de sérosité. Sur le derme dénudé, il agit comme caustique assez profond, mais limitant son action en largeur à l'étendue même de la goutte de liquide appliquée. Quant à son action en profondeur, elle est proportionnée à la quantité de substance employée. Nous l'avons vue détruire rapidement certaines productions épidermiques, comme les verrues, en ayant soin de pratiquer au centre un petit puits dans lequel on dépose une gouttelette d'une solution concentrée.

Sur les muqueuses son action est la même que sur la peau, mais beaucoup plus rapide et plus profonde, bien que toujours proportionnelle à la quantité de caustique.

Un des faits principaux de l'emploi topique de l'acide chromique, c'est qu'il ne produit aucune douleur ou qu'une douleur très-faible. Sur la peau où nous nous sommes maintes fois appliqué de l'acide chromique par mégarde, nous n'en n'avions d'abord nullement conscience; sur les muqueuses l'impression qui se produit est une sorte de tension quelquefois accompagnée d'une légère chaleur; mais jamais la sensation n'arrive aux douleurs plus ou moins vives que produisent la plupart des caustiques. Ces effets sont surtout remarquables dans les applications chromiques sur les gencives. Sur d'autres points de la muqueuse buccale la sensation de tension et de cuisson est un peu plus marquée, sur la face interne des lèvres et la surface de la langue, par exemple.

L'effet immédiat de l'application de l'acide chromique sur la muqueuse gingivale est la coloration rougeâtre qu'il communique au tissu. Cette coloration se modifie rapidement par le passage d'une portion d'acide chromique à l'état de chromates alcalins; mais l'action de la portion libre est ordinairement suffisante si l'on a soin, comme nous le recommandons, d'éviter pendant quelques instants l'arrivée de la salive en inclinant la tête du côté opposé ou en recouvrant la partie touchée d'une bande d'ouate ou de charpie.

L'eschare limitée ainsi exactement à la partie recouverte de liquide se produit dans l'espace de quelques heures, quelquefois

après vingt-quatre heures. Ordinairement en deux ou trois jours elle s'est détachée par lambeaux blanchâtres, dans lesquels l'épithélium épaissi et désorganisé forme la plus grande partie. La cicatrisation de la plaie sous-jacente est ordinairement très-rapide, de sorte qu'à la suite d'une application d'intensité moyenne tous les effets ont complétement cessé après quatre ou cinq jours.

Le mode d'application de l'acide chromique à titre de caustique dans la cavité buccale est le suivant :

Au moyen d'une baguette de bois taillée à plat et chargée d'une faible quantité d'eau de déliquescence ou même d'un ou deux petits cristaux, on applique doucement la substance sur le point malade. S'il s'agit d'une surface ulcérée d'une certaine largeur, on promène la baguette sur toute l'étendue de la plaie ; si l'on veut cautériser la face postérieure du bord gingival décollé dans certaines affections, ou bien la cavité alvéolaire elle-même, on soulève le lambeau de muqueuse avec le bout de la baguette et on porte directement la substance sur les parties malades.

La première application d'acide chromique doit toujours être faite très-légèrement, afin d'apprécier la susceptibilité des sujets ; on pourra même, dans certains cas, chez les femmes et les enfants surtout, commencer par l'emploi d'une solution aqueuse assez faible (parties égales) pour parvenir, après plusieurs séances, à l'acide chromique pur.

L'application dans la cavité buccale d'une substance de la nature de l'acide chromique peut soulever *à priori* des objections auxquelles nous devons répondre. Au point de vue local, on peut craindre en effet un effet caustique trop intense sur la muqueuse ; dans le cas surtout d'application un peu irréfléchie. Cet accident peut en effet se produire, et nous l'avons observé nous-même plusieurs fois au début de notre pratique ; mais outre le passage de l'acide à l'état de chromates, nous rappellerons encore que l'effet caustique est parfaitement borné aux limites de la surface d'application, et que ce n'est qu'en employant une trop grande quantité de caustique qu'on peut produire des désordres de voisinage. Quant à un effet sur les dents elles-mêmes, nous n'en avons jamais observé ; il ne produit sur elles ni la douleur ni l'agacement qu'occasionnent certains acides minéraux ou organiques, et la coloration jaunâtre qu'il leur imprime disparaît très-rapidement.

Au point de vue de la santé générale, au cas de pénétration de la substance dans l'estomac, et supposant qu'il s'en introduise par

hasard une faible quantité, cet accident serait sans danger sérieux. Nous savons en effet, depuis les études de MM. Delpech et Hillairet sur l'hygiène des ouvriers employés aux préparations chromiques (1), que ces agents sont à peu près inoffensifs quand ils sont ingérés à faible dose, et que les phénomènes morbides qu'offre cette industrie sont surtout des effets locaux caustiques sur certaines parties exposées du corps.

Toutefois l'acide chromique et les chromates introduits dans l'estomac agiraient, suivant M. Delpech, comme vomitifs énergiques; mais nous n'avons jusqu'à ce jour, dans notre pratique personnelle, observé aucun fait de ce genre.

Les diverses affections buccales contre lesquelles nous avons appliqué l'acide chromique à titre de modificateur local sont : toutes les formes de stomatites, et en particulier les diverses espèces de gingivites, depuis la gingivite locale liée à la dentition, celle par exemple qui accompagne la sortie de la dent de sagesse, jusqu'à la stomatite ulcéreuse. L'aphthe et autres ulcérations diverses de la muqueuse buccale sont aussi rapidement modifiées par cet agent, mais l'affection contre laquelle nous le recommandons tout spécialement cet une des plus fréquentes et l'une des plus rebelles de la bouche, *l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire*. Cette affection, déjà connue sous les noms de *suppuration conjointe des alvéoles et des gencives* ou de *pyorrhée interalvéolaire*, est d'une ténacité extrême; liée, comme elle l'est quelquefois, à un état morbide général (diabète, albuminurie) elle n'est susceptible que de modifications incomplètes par le traitement local. Mais lorsqu'elle est isolée et essentielle, nous croyons que l'acide chromique doit être regardé jusqu'à ce jour comme son modificateur le plus puissant. A ce premier résultat s'ajoute une action destructive fort précieuse dans les cas de végétations, fongosités et productions morbides diverses de nature inflammatoire.

Les affections inflammatoires et ulcéreuses de la muqueuse gingivale ne sont pas les seules qui puissent céder à l'emploi de l'acide chromique. Nous l'avons essayé avec succès dans certaines affections organiques; nous publions dans ce travail deux observations de guérison de ce genre : l'une d'une tumeur au myéloplaxe ou épulis; l'autre de fibromes multiples du bord gingival. Dans les

(1) *Bulletin de l'Académie impériale de médecine*, 1863-1864, p. 289 et 345.

deux circonstances les applications d'acide chromique à la suite de l'excision des masses morbides ont procuré une guérison définitive; or la part attribuable dans ce résultat à l'acide chromique n'est pas douteuse, car l'on sait que l'excision seule est constamment suivie de récidive. D'ailleurs, dans la seconde observation, relative aux fibromes multiples, plusieurs de ces tumeurs n'ont été traitées que par les applications chromiques, tandis que d'autres masses plus volumineuses ont été traitées par les deux moyens, excision et cautérisation.

Tels sont les cas dans lesquels nous nous proposons d'exposer les effets curatifs de l'acide chromique (1). Nous n'avons pas porté nos expériences sur un autre terrain que la bouche. Il nous semble cependant que d'autres muqueuses pourraient en comporter l'application, la muqueuse pharyngienne par exemple, peut-être aussi celle du col utérin, dans les cas d'ulcération. Les effets remarquables que nous avons reconnus dans la bouche nous permettraient d'induire à l'efficacité probable de son action dans d'autres affections des muqueuses.

(*La fin au prochain numéro.*)

CHIMIE ET PHARMACIE

Accidents causés par les baies d'un *Solanum*, cultivé comme plante d'ornement;

Par M. Ad. Chatin, professeur à l'école de Pharmacie.

Un jour (il y a de cela deux ans), mon ami M. le docteur Barthez, médecin du prince impérial, accourut chez moi, préoccupé des symptômes graves que présentait un enfant, symptômes dont la forme anormale pouvait se rattacher à l'ingestion de quelque matière toxique. Cet enfant avait été conduit à la promenade sur la place de la Madeleine, un jour de marché aux fleurs, et c'est au retour de cette promenade qu'il s'était trouvé presque subitement

(1) Nous n'avons pas jusqu'à présent appliqué l'acide chromique à la thérapeutique de la *carie dentaire* à aucune période, c'est pourtant ce que nous attribuent les rédacteurs du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie* (vol. VII, p. 577). Nous demandons la permission de profiter de l'occasion présente pour rectifier cette erreur.

malade; M. Barthez, immédiatement appelé, avait pu recueillir, parmi les matières qu'avait rejetées le petit malado, quelques fragments d'un fruit charnu, et ce sont ces fragments qu'il présumait, avec beaucoup de raison, pouvoir être le corps du délit, qu'il m'apportait afin que je tentasse d'en déterminer la nature.

Ces fragments, de couleur rose pâle, présentaient encore quelques points rouges, vestiges de la coloration primitive, altérée par le passage dans le tube digestif.

Ils se présentaient recouverts d'une mince membrane, sous laquelle était appliquée une chair pulpeuse ; deux ou trois petites graines subréniformes adhéraient à une parcelle de tissu placentaire lacéré.

L'examen des graines nous apprit qu'elles étaient formées d'un embryotrophe (albumen) charnu, qu'entourait en partie un embryon recourbé en spirale. C'étaient évidemment les graines d'un *Solanum*, encore adhérentes à des parcelles de baies rouges, provenant du *Solanum pseudo-capsicum*, espèce fréquemment comprise dans l'ornementation de la croisée et de l'atelier de l'ouvrier.

Or il fut ultérieurement reconnu que l'enfant, un instant oublié près d'un pied de *Solanum* mis en vente au marché de la Madeleine, avait porté à sa bouche et avalé quelques-unes des jolies baies rouges de cet arbuste.

Le *Solanum pseudo-capsicum* est souvent désigné sous le nom de *Cerisette* et sous celui d'*oranger des savetiers*, que mérite surtout la variété à fruits jaunes. Cette plante, originaire de Madère, est parfois aussi appelée *Solanum cerasiferum*, nom qui appartient, en réalité, à une plante du Sennaar, à baies jaunes, à tiges et feuilles aiguillonnées.

La cerisette est souvent confondue avec le *Capsicum cerasiforme* (Wild), autre plante de la même famille, originaire des Indes orientales et cultivée fréquemment aussi pour l'ornementation. Avec un peu d'attention on distingue bien les deux plantes. En effet, le *Solanum pseudo-capsicum* a des feuilles oblongues, lancéolées et sinuées, parfaitement glabres ; le *Capsicum* les a subovales et presque au centre, ainsi que les jeunes rameaux ; dans le premier, les anthères s'ouvrent par une courte fente apicilaire; chez le second, la déhiscence est longitudinale. Mais l'une et l'autre plante ont des baies rouges, avec une variété jaune, et j'avoue que dans l'étude des débris de fruits que m'avait confiés M. le docteur Barthez, je n'aurais pu me prononcer entre elles sans la structure des graines.

Celles-ci présentent, en effet, dans le *Capsicum* un embryon simplement courbé en hameçon et placé dans le centre de l'albumen, tandis que dans le *Solanum* l'embryon est subspiralé et périphérique ou extérieur à l'albumen.

La cerisette (*Solanum pseudo-capsicum*) a d'ailleurs une variété *Microcarpum*, à baie trois fois plus petite, à anthères rouges et non jaunes, à fleurs en grappe au lieu d'être solitaires ou rapprochées seulement deux ou trois ensemble.

Il a été, d'ailleurs, bien constaté par M. le docteur Barthez que l'enfant ne présentait, après l'ingestion des baies de *Solanum*, aucune dilatation de la pupille.

J'ignore quels sont les effets sur l'économie des baies du *Capsicum cerasiforme;* mais, quand on considère combien grandes sont les affinités botaniques des genres *Solanum* et *Capsicum*, on est porté à admettre que, dans les espèces de ce dernier genre, surtout celles à fruits charnus, les baies pourraient bien être aussi toxiques que celles du *Solanum*, et dès lors les deux arbustes à fausses et dangereuses cerises devront être proscrits de nos cultures ornementales. Et j'étendrais volontiers la proscription à tous ces *Solanum* (*Solanum pyracanthum*, *Solanum laciniatum*, *Solanum giganteum*, etc.), qui s'introduisent de plus en plus dans nos parterres, dans ces squares si heureusement créés pour la promenade des enfants, et d'où (des accidents constatés par le conseil de salubrité en font une impérieuse loi) leurs espèces devront être d'autant plus soigneusement exclues que leurs baies trompeuses mûrissent mieux sous notre climat.

Pâtes alimentaires d'Auvergne au pyrophosphate de fer.

Tous les médecins savent qu'un des principaux inconvénients de l'administration du fer au moyen d'une substance alimentaire réside dans le goût styptique que présentent les diverses préparations qui ont été imaginées, la difficulté de leur conservation et leur défaut d'assimilation, sans parler de la constipation qui se déclare généralement au bout de quelques jours de l'usage du médicament.

M. Saquet (de Clermont-Ferrand) vient de préparer des pâtes alimentaires ferrugineuses qui, sous forme de potage, peuvent être servies journellement sur nos tables, et qui contiennent du pyrophosphate de fer. Ce sel a déjà été introduit dans la thérapeutique et

il se recommande par les deux propriétés suivantes : l'absence de toute saveur styptique et sa parfaite solubilité dans l'eau ; et comme le tartrate de fer, il produirait plutôt de la diarrhée que de la constipation.

Ces pâtes ferrugineuses contiennent 15 centigrammes de fer pour un potage et ne décèlent en rien la présence du fer.

Cette nouvelle administration du fer aura-t-elle plus de succès que toutes celles qui l'ont précédée? Nous n'en savons rien; mais il est certain que, par l'absence de tout goût styptique, elle peut rendre de réels services dans un grand nombre de cas, surtout dans la médecine des femmes et des enfants. Dr E. Decaisne.

CORRESPONDANCE MÉDICALE

De l'essence de térébenthine comme antidote du phosphore.

Monsieur et honoré confrère,

Ma première observation sur l'essence de térébenthine, comme contre-poison du phosphore (1) a reçu de vous un si bienveillant accueil, que je n'hésite pas à vous prier de vouloir bien insérer dans votre *Bulletin de Thérapeutique* une deuxième observation sur le même sujet.

La confiance que j'avais conçue dans la spécificité de l'essence de térébenthine n'a pas été démentie, d'après ce qui résulte de son administration, dans le cas suivant de suicide par les allumettes chimiques.

Obs. Mme C***, âgée de vingt-deux ans, demeurant à Dax, ayant eu le 4 décembre dernier, à sept heures et demie environ du soir, une vive discussion avec son mari, voulut attenter à sa vie en se servant d'un couteau placé sur une table dans la pièce où elle se trouvait. Son mari lui arracha des mains l'arme meurtrière, la ferma à clef dans une armoire et sortit tout aussitôt après pour vaquer à ses occupations. La jeune femme, encore plus irritée en voyant son

(1) *Bull. de Thérap.*, t. LXXV, p. 269. Voir l'observation dont la publication a suscité les utiles recherches de M. Personne, qui montrent d'une façon évidente que l'essence de térébenthine administrée à temps annihile les effets toxiques du phosphore. (*Note du Rédacteur.*)

projet échouer, profita immédiatement de l'absence de son mari pour accomplir son dessein. Elle coupa les bouts chargés de matière combustible d'une douzaine d'allumettes chimiques sans explosion (allumettes Toussaint, fabriquées à Marseille), les mit dans une casserole en fer-blanc avec une quantité d'eau froide que j'évalue à environ un tiers de verre, les agita de manière à faire dissoudre la substance phosphorée et avala le tout en une seule fois. Le breuvage, à son dire, présentait une teinte un peu laiteuse.

L'intervalle entre la sortie du mari et son retour à la maison n'a été que d'une heure, et pendant ce temps-là la femme C*** avait ingéré le poison. Le mari la trouva sur le lit en proie à de grandes souffrances, agitée de mouvements convulsifs dans les bras et dans les jambes et ayant une grande agitation.

Arrivé auprès de la malade en toute hâte, sur la demande pressante du mari, averti déjà pendant le trajet de ce qu'elle avait fait, je l'examinai le plus rapidement que possible et je constatai : une haleine répandant une forte odeur d'ail, l'estomac gonflé, l'épigastre et l'abdomen douloureux à la pression ainsi qu'une grande perturbation dans le système nerveux. La malade se plaignait de douleurs dentaires, de mal de gorge, de soif ardente. Sa voix était rauque. Pas d'éructations, pas de nausées, pas de vomissements, pas de diarrhée. Mme C*** me dit que ses jambes et ses bras devenaient roides comme des barres de fer (textuel). Pas de fièvre, traits médiocrement troublés, conservation de l'intelligence.

Je prescrivis sur-le-champ à prendre, en quatre fois, de quart d'heure en quart d'heure, avec soin de bien agiter le flacon, la potion suivante :

Pr. Potion gommeuse	100	grammes.
Sirop de fleurs d'oranger	20	—
Essence de térébenthine	4	—
Gomme adragante	25	centigr.

Dans les intervalles, pour calmer la soif, je conseillai de l'eau albumineuse très-chargée.

Je revins deux heures après : la malade allait déjà mieux et, le lendemain matin de bonne heure, j'administrai 10 grammes de magnésie calcinée dans un verre d'eau sucrée qui produisirent plusieurs selles. Comme la malade m'avait dit que la nuit avait été agitée, qu'elle avait été très-altérée, qu'elle souffrait encore de la gorge et qu'elle avait de la peine à avaler, je prescrivis un garga-

risme émollient et une potion semblable à celle donnée la veille. Dans le courant de la soirée, la malade prit un bouillon léger; elle dormit à peu près toute la nuit et dès le surlendemain, se leva, mangea un peu plus, quoique ressentant beaucoup de faiblesse, de la courbature, de l'assoupissement et des douleurs à l'épigastre et à l'abdomen.

Mme C*** est aujourd'hui en assez bonne santé; seulement je lui donne des soins pour une gastralgie, ou, pour mieux dire, une gastrite résultant de l'action du phosphore sur la muqueuse gastrique. La menstruation a été avancée le mois qui a suivi l'empoisonnement, mais le mois après elle est redevenue régulière, ainsi qu'elle l'était avant la tentative.

Mme C*** est d'excellente constitution, et je ne doute pas que sa santé, après un traitement assidu, une alimentation et une hygiène appropriées à son état, ne soit bientôt complétement rétablie.

Recevez, etc.

Dr P.-E. Andant,
Ex-pharmacien interne des hôpitaux civils de Paris.

Dax (Landes)

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique et raisonné des plantes indigènes, avec un atlas de 200 planches lithographiées, par F.-J. Cazin, chevalier de la Légion d'honneur, lauréat de l'Académie impériale de médecine et ouvrage couronné par l'Académie impériale de médecine (prix Itard) et par la Société impériale de médecine de Marseille; 3e édition, revue et augmentée par le docteur Henri Cazin, ancien interne des hôpitaux de Paris.

En publiant cette troisième édition de l'œuvre laborieuse qui résume scientifiquement la vie d'un père respecté, M. H. Cazin s'est bien gardé de supprimer les préfaces dont chacune des éditions antérieures avaient été précédées. Ce livre, hélas! passera, comme tous les livres qui n'ont, et ne peuvent avoir d'autre ambition que de marquer, à un moment donné, l'état d'une science qui, comme la nôtre, ne progresse qu'avec une trop majestueuse lenteur. Mais ce qui restera dans le souvenir des hommes, espérons-le du moins, alors même que la science aura été renouvelée, c'est l'intention honnête, le sentiment charitable qui, en face des misères qu'il s'agissait de soulager, a inspiré au savant médecin du nord de la France la pensée d'un ouvrage qui est aujourd'hui

dans les mains d'un grand nombre d'entre nous. Appelé par un enchaînement de circonstances, que n'a point chicanées sa modestie, à exercer la médecine au milieu des populations rurales, M. Cazin n'a point tardé à remarquer que là, au contact de la misère, qui complique si souvent les maladies, la médecine est bientôt désarmée, si elle ne sait substituer au luxe d'une thérapeutique exotique, toujours dispendieuse, les moyens simples que nous met sous la main la matière médicale indigène. De cette remarque à la réalisation de cette œuvre, il n'y avait qu'un pas à faire pour un homme d'intelligence et de cœur, et notre savant confrère le fit dès son entrée dans la carrière laborieuse où il s'était engagé. A la fin du dix-huitième siècle, les médecins, les philosophes même, célébraient à l'envi les bienfaits de la nature, qui, dans une foule de plantes, avait préparé un remède tout fait pour une foule de maladies ; c'était de l'idylle, c'était l'églogue de la thérapeutique. Moins poëte, moins guidé par les enseignements d'une tradition où tout n'était point rêve, M. Cazin s'applique sérieusement à vérifier les données d'une vague expérience, et de préciser les indications qui peuvent légitimer l'emploi d'un grand nombre d'agents médicamenteux que fournit avec abondance notre sol plantureux. Le *Traité pratique et raisonné des plantes indigènes* est le résumé clair, judicieux de ce travail dans lequel s'est consumée toute une vie.

Tout le monde connaît ce livre ; tout le monde sait que l'auteur y suit l'ordre alphabétique, et y passe successivement en revue toutes les plantes indigènes capables de modifier l'organisme malade. Capables de modifier l'organisme malade ! est-il bien sûr que M. Cazin, dans sa légitime ambition de restaurer la thérapeutique indigène au profit des malheureux, ait appliqué à cette multitude de plantes qu'il passe en revue une critique assez sévère pour que l'ivraie, dans son livre, ne se mêle jamais au bon grain ? Nous craignons que l'auteur, séduit quelquefois par l'autorité des noms, n'ait souscrit trop facilement à des assertions tout au moins un peu aventureuses. Lisez par exemple l'article *Digitale :* cet article qui, au point de vue historique, est très-complet, ne tend-il pas à faire de cette substance, à propriétés aujourd'hui bien définies, une sorte de panacée applicable à presque toutes maladies du cadre nécrologique ? Mais un praticien aussi judicieux que celui dont il s'agit en ce moment, ne peut aller jusqu'au bout de cette voie de l'optimisme thérapeutique sans réagir bientôt contre son propre entraînement d'érudit, et opposer à des enthousiasmes irréfléchis

les résultats d'une froide observation. Comme nous ne voudrions pas, tant s'en faut, nuire à la fortune d'un livre excellent par la remarque qui précède, qu'on nous permette de citer un court passage de l'auteur, qui renferme cette remarque dans les limites mêmes qu'elle a dans notre pensée. Il s'agit de la substance dont nous venons de parler, de la digitale dans son application aux maladies scrofuleuses : « Pour mon compte, dit M. le docteur Cazin, j'ai employé plusieurs fois la digitale, soit en poudre, soit en teinture, dans les affections scrofuleuses, sans en retirer des avantages appréciables et qu'on puisse attribuer à l'effet du médicament. C'est ainsi, par exemple, que, donnée pendant près de trois mois à une jeune fille atteinte d'engorgements lymphatiques ulcérés, la digitale aurait pu être considérée comme ayant amené une notable amélioration, si le changement d'air, les efforts salutaires de la nature à l'âge de puberté, n'étaient venus revendiquer la puissante influence. Dans le cas dont il s'agit, on a cessé la digitale et la guérison s'est opérée spontanément. Il est plus difficile qu'on ne le pense communément de savoir jusqu'à quel point, dans certaines maladies, et au milieu de circonstances concomitantes, les médicaments contribuent à la guérison. » Sous une forme ou sous une autre, M. Cazin marque ces limites à l'action médicamenteuse d'une foule de plantes dont il ne recommande pas moins l'usage ; il a raison. D'un esprit aussi honnête et aussi judicieux tout ensemble nous n'attendions pas moins. Il est évident d'ailleurs que cette remarque ne s'applique, dans la pensée de l'auteur, qu'à ces agents d'une efficacité douteuse, qu'il faut concéder aux exigences de pauvres patients qui ne comprendraient pas, qui n'admettraient pas une pure temporisation alors qu'elle est le plus clairement commandée.

Je demande la permission de risquer ici une courte observation : puisque la vogue est aujourd'hui aux eaux minérales, que beaucoup complètent, alors que celles-ci ne sont plus accessibles, par la cure du raisin et du petit lait, ne pourrait-on pas, par un usage méthodique d'une sorte de métasyncrise végétale, réaliser au profit des pauvres malades de la campagne quelques-uns des bienfaits de cette médication aristocratique ? Il y faudrait de la persévérance ; il y faudrait un certain tact pour varier suivant la nature des maladies les plantes médicamenteuses que l'état général de l'organisme appellerait plus spécialement ; mais enfin il ne serait pas impossible qu'à modifier, dans une certaine mesure, la composition du sang sous le rapport des sels en minime quantité que contient son

sérum, on parvînt à obtenir quelques-uns des effets qui recommandent la médication thermale. Fodéré, lorsqu'il faisait ses visites à la campagne, et qu'il ne pouvait visiter assez souvent ses malades, eut la singulière idée de recourir à la méthode métasyncritique de Cœlius-Aurelianus, méthode dans laquelle un régime fort diversifié était partagé en cycles réguliers plus ou moins étendus. « Outre les raisons rapportées plus haut, dit-il, on ne saurait croire combien cette ordonnance du régime inspire de confiance aux malades. Dans un temps où la diététique est si fort négligée on ne saurait trop la recommander. » Combinez la métasyncrise diététique avec la métasyncrise botanique, et peut-être obtiendrez-vous, dans les maladies chroniques surtout, des résultats qui se rapprocheront de ceux de la médication thermale, du molkenkur ou du traubenkur. Le livre de notre savant auteur aiderait admirablement à cette tentative thérapeutique, en mettant sous la main du médecin les mille ressources que présente la matière médicale indigène.

En résumé, l'ouvrage de M. le docteur Cazin est un excellent livre, qui seulement manque peut-être un peu de critique. En continuant l'œuvre de son père et la maintenant à la hauteur des progrès incessants de la science, M. Henri Cazin, qui appartient à la bonne école, fera, nous en sommes sûr, disparaître peu à peu ces légères taches, et le *Traité pratique et raisonné des plantes médicinales indigènes* continuera à être le guide toujours utilement consulté des médecins, de ceux-là surtout qui ont l'honneur austère de porter les secours de notre art aux malheureux qui occupent les dernières places au triste banquet de la vie.

BULLETIN DES HOPITAUX.

CAS D'EMPOISONNEMENT PAR LA STRYCHNINE TRAITÉ AVEC SUCCÈS AU MOYEN DE LA FÈVE DE CALABAR. — Nous avons fait connaître dans notre tome LXXIII les résultats des expériences faites par M. Eben-Watson sur les animaux, relativement à l'antagonisme de la fève de Calabar et de la strychnine. Ces expériences montrent — il n'est pas inutile de le rappeler ici — qu'il ne s'agit pas d'un fait d'antagonisme chimique, résultant de l'action de deux substances l'une sur l'autre, mais d'un fait d'antagonisme physiologique. L'antagonisme de la strychnine et de la fève de Calabar est réciproque : l'un

de ces poisons empêche l'action de l'autre, et le plus puissant des deux est, à un moment donné, celui qui domine le mieux le système nerveux. La strychnine est beaucoup plus active que la fève de Calabar, d'où la nécessité pratique de ne jamais laisser éteindre l'action de la fève de Calabar quand on l'administre dans un empoisonnement par la strychnine; il faut la soutenir même quand les accidents convulsifs paraissent refrénés. Tout l'art consiste à graduer les doses du contre-poison de manière à développer les effets utiles et à éviter les effets toxiques qui lui sont propres.

L'observation suivante nous montre un cas où cet antagonisme a été mis à profit pour combattre l'empoisonnement par la strychnine.

Il s'agit d'une femme qui, le 23 juillet 1867, avait pris, voulant se suicider, un paquet de poudre pour la destruction des animaux nuisibles (*Battle's vermin Killer*), contenant 3 grains de strychnine, comme on s'en assura plus tard. M. le docteur Keyworth la trouva dans un état de rigidité complète des membres et de tout le corps, état qui, quand il venait à se relâcher, reparaissait avec intensité sous l'influence de la moindre cause, l'action de souffler sur la face, le léger ébranlement imprimé au plancher par la marche des assistants. La malade était dans l'impossibilité de parler, mais elle avait toute son intelligence, son pouls était rapide et faible. Le visage était livide, les mâchoires serrées l'une contre l'autre. Notre confrère, regardant le cas comme à peu près désespéré, se décida à essayer du traitement indiqué par les résultats des expériences de M. Watson, dont il avait eu connaissance quelque temps auparavant. S'étant procuré de la teinture de fève de Calabar, il en administra 30 gouttes de demi-heure en demi-heure, jusqu'à ce qu'il en eût fait prendre 2 drachmes, c'est-à-dire 8 grammes; il introduisait le médicament dans la bouche à travers l'intervalle laissé par une dent absente; chaque effort de déglutition déterminait un spasme violent. Après chaque dose, les symptômes convulsifs devenaient et moins fréquents et moins intenses; en conséquence, il commença par éloigner les doses, ne donnant plus qu'une demi-drachme, deux fois, à une heure d'intervalle; puis il en diminua la quantité qu'il réduisit à 15 gouttes toutes les deux heures. Il fit prendre ainsi, en tout, une demi-once de teinture. Le pouls était devenu extrêmement faible; les convulsions avaient à peu près cessé; mais la malade pouvait à peine parler ou avaler. Au bout de quelques heures, elle était très-faible, tranquille, mais sans sommeil; ses jambes et ses bras lui semblaient être « de plomb, » et il lui était impossible de les

mouvoir. La situation s'améliora ensuite graduellement; mais il se passa quatre ou cinq jours avant qu'elle pût se tenir debout ou faire quelques pas ; le rétablissement ne fut complet qu'au bout de trois semaines.

Le poison avait été pris dans de l'eau-de-vie, et, d'après l'examen du verre, la quantité qui y avait été jetée paraît avoir été prise en entier. Les premiers symptômes de l'empoisonnement se manifestèrent au bout d'une heure et demie. Au moment où M. Keyworth vit la malade, il n'y avait plus lieu de chercher à évacuer le poison, soit par des vomitifs, soit à l'aide de la pompe stomacale. Il fallait donc en combattre les effets au moyen d'un antidote. Celui qu'il employa commença à faire sentir son action sur l'état convulsif vingt minutes environ après l'administration de la première dose. Ce fait, joint aux expériences de M. Watson sur les animaux, est de nature à encourager de nouvelles tentatives dans des cas semblables (1).

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Bons effets du chanvre indien dans le catarrhe sénile. En général les narcotiques demandent à être maniés avec beaucoup de prudence dans le catarrhe des vieillards. C'est surtout à l'opium que s'applique cette remarque : on sait que ce médicament, en effet, a l'inconvénient de tendre à diminuer l'expectoration, condition fâcheuse, puisque l'accumulation des mucosités dans les bronches a pour effet nécessaire l'imperfection de l'hématose, avec tous les dangers qui peuvent en être la conséquence.

Or ce phénomène de l'accumulation des mucosités dans les canaux bronchiques ne se produit que trop souvent, et sans l'intervention de l'opium, chez les vieillards atteints de catarrhe : on voit alors ces pauvres malades s'affaiblir soit par la quantité des matières sécrétées, soit par le défaut d'oxygénation du sang; la toux est fréquente, mais impuissante à les débarrasser; la gêne de la respiration devient considérable, et souvent il s'y joint des phénomènes nerveux dyspnéiques. Dans ces cas les expectorants et les révulsifs rendent de grands services; mais il convient d'y ajouter des antispasmodiques; à ce dernier titre ont été employés l'assa fœtida, la jusquiame, la belladone, et non sans avantages. Mais aucun de ces médicaments ne vaudrait le chanvre indien, d'après ce qu'en dit M. Waring-Curran. Notre confrère rapporte à l'appui de son affirmation quatre observations peu détaillées, mais suffisantes pour lui donner du crédit. Dans chacune on voit les malades atteints de catarrhe, fatigués par une toux sèche, dans un état d'orthopnée très-pénible, rapidement soulagés par une expectoration abondante, au moyen d'une potion ainsi composée : Extrait de chanvre indien, 10 centigrammes; poudre de gomme adragante, 4 grammes; ether chlorique, 2 grammes; eau distillée d'a-

(1) Extrait du *Glasgow med. Journ.*, novembre 1868.

nis, 175 grammes; à prendre en six fois, de deux en deux heures. (*Med. Press and Circular*, sept. 1868.)

Traitement purement médical du catarrhe de l'oreille moyenne. Parmi les affections qui compromettent les fonctions de l'organe de l'ouïe et arrivent fatalement, pour peu qu'elles se prolongent, à produire la surdité, le catarrhe chronique de l'oreille moyenne est, chez le vieillard, une des plus communes. C'est aussi, il faut le dire, une des moins soignées. La plupart des médecins des campagnes, et même des villes, se bornent à un examen superficiel du conduit auditif externe, souvent même n'en font aucun, prescrivent quelques injections anodines, quelques instillations, etc., puis ne tardent pas à se rebuter. C'est dans ces cas qu'il y a lieu de recourir au cathétérisme de la trompe d'Eustache, car c'est le moyen le plus sûr. Mais cette opération, assez délicate, et qui réclame une certaine habitude, ne peut être faite par tous les praticiens, qui manquent d'occasions de s'y faire la main; elle n'est pas, du reste, toujours indispensable, et l'on peut arriver, sans elle, à la guérison du catarrhe de l'oreille moyenne, comme le fait voir M. le docteur de Lucé, de Vire, dans l'exemple suivant, qui n'est pas le seul qu'il pourrait citer.

Vieillard de soixante et dix ans, sourd de l'oreille droite depuis de longues années. Au mois de janvier 1868, il s'est aperçu de l'affaiblissement progressif de l'ouïe du côté jusque-là resté sain, puis d'une surdité complète à la suite d'une application de cataplasmes et d'injections d'huile d'amandes douces, conseillées par le médecin de sa localité. Le 10 avril il vint consulter M. de Lucé. Le tic tac de la montre n'est perçu que lorsqu'elle est serrée entre les dents: le malade ne comprend ce qu'on lui dit qu'au mouvement des lèvres. Conduit auditif sain des deux côtés, en partie privé de cérumen, surtout à droite; membrane du tympan nuageuse à gauche, gris perle et épaissie à droite; l'auscultation des apophyses mastoïdes pendant une expiration forcée fait percevoir à gauche une crépitation humide; à droite, rien; la trompe d'Eustache est obstruée de ce côté. Quelques bourdonnements; pas de douleurs; santé générale excellente. Prescription : Pousser matin et soir, à cinq reprises différentes, dans l'oreille moyenne, au moyen d'expirations forcées, la bouche et le nez étant clos, les vapeurs produites par l'ébullition d'un mélange composé de : Décoction de 2 grammes de baies de genièvre, 60 grammes; esprit de mindererus, 5 grammes; diriger ensuite pendant cinq minutes les mêmes vapeurs vers les conduits externes qu'on sèchera ensuite avec un bourdonnet de coton; une mouche de Milan derrière chaque oreille; une pilule purgative chaque soir. Dès le surlendemain l'ouïe commençait à reparaître à gauche: au bout de douze jours le tic tac de la montre était perçu à 10 centimètres, et la crépitation produite par la pénétration de l'air dans la caisse par la trompe était beaucoup plus faible. Continuation des pilules; onction chaque soir dans le conduit auditif avec gros comme une tête d'épingle d'une pommade au précipité rouge; remplacer les fumigations par les suivantes : Pr. acide arsénieux, 5 centigrammes; nitrate de potasse, 1 gramme; gomme ammoniaque, styrax, *aa* 2g,50; benjoin, 10 grammes; 2 grammes de cette poudre jetés sur de la cendre chaude pour chaque fumigation, *intus et extra*. Huit jours après, l'ouïe était complétement rétablie du côté gauche; l'oreille droite n'a rien gagné.

Ce traitement a procuré à M. de Lucé une quinzaine de succès sans cathétérisme de la trompe d'Eustache. Le diagnostic, dit-il en terminant, est facile, le traitement simple, le succès fréquent; que veut-on de plus? (*Gaz. des Hôp.*, 1859, nº 28.)

Grossesse extra-utérine; opération au moyen du caustique. On a publié dans ces derniers temps un assez grand nombre d'exemples d'opérations diverses, auparavant faites avec l'instrument tranchant, dans lesquelles, au lieu de celui-ci, les chirurgiens ont employé les caustiques, et l'ont fait avec avantage; ainsi, des ouvertures d'abcès, de kystes, et même des amputations. C'est surtout en vue, comme on sait, de prévenir la perte du sang, et dans la crainte, par suite, d'affaiblir les sujets, que ce mode opératoire a été préféré dans ces sortes de cas. C'est pour le même motif que le chirurgien y a eu recours dans le cas suivant où il s'agit d'une grossesse extra-utérine. Nous ne pensons pas que ce soit le

premier fait de ce genre, mais nous n'en avons aucun présent à la mémoire. Quoi qu'il en soit, nous croyons bien faire de le signaler, car il nous paraît mériter qu'on l'imite.

Cette opération a été faite en Amérique par un chirurgien français, dit le *Philadelphia med. and surg. Reporter*, sur une femme au sixième mois de sa grossesse, dont le fœtus mort fut rencontré dans la trompe droite. Sa santé étant très-compromise, toute perte de sang pouvait être fatale. Un vaste emplâtre de diachylum, ayant au centre une ouverture de quatre pouces de long sur un de large, fut fixé sur la partie saillante de la tumeur, et une épaisse couche de pâte de Vienne appliquée sur cette ouverture pendant trois minutes. Une violente douleur en résulta; mais deux jours après les muscles obliques jusqu'au fascia étaient divisés par le caustique; et il suffit d'une nouvelle application pour pénétrer dans le kyste. L'ouverture fut agrandie avec l'index, et un fœtus normalement développé fut extrait. Des adhérences si intimes existaient entre les lèvres de la plaie, que l'on put injecter la cavité kystique sans avoir à redouter de péritonite. Les suites furent excellentes, et la malade pouvait être considérée comme guérie, lorsque le choléra ayant envahi l'hôpital, elle en fut atteinte et succomba rapidement, quinze jours après l'opération. (*Union méd.*, 1869, n° 19.)

Atrophie musculaire progressive avec paralysie complète des extrémités. Guérison par le courant continu; par le docteur Nesemann. Un ouvrier de dix-neuf ans, qui avait eu la rougeole quelques mois auparavant, ressentit tout à coup un affaiblissement considérable des membres supérieurs; au bout de trois semaines, les bras étaient complètement paralysés, et bientôt il fut également atteint d'une paralysie des membres inférieurs.

A son entrée à l'hôpital, le malade présentait un amaigrissement très-marqué dû à l'atrophie musculaire. Cette atrophie était surtout très-nette au niveau des mains, dont les éminences thénar étaient complétement affaissées. Les muscles deltoïdes avaient également perdu leur consistance et leur épaisseur; les mouvements volontaires des bras étaient presque impossibles; aux jambes on observait une simple parésie; les extenseurs de la jambe étaient complétement paralysés; la contractilité électrique des muscles était très-diminuée et se trouvait en rapport direct avec les dimensions et les mouvements volontaires des muscles; aucun trouble de sensibilité; fonctions digestives et urinaires intactes.

En examinant une parcelle du muscle deltoïde obtenue à l'aide du harpon, on put se convaincre que le malade était réellement atteint d'atrophie musculaire. La maladie fit des progrès rapides, et, au bout de deux mois, le malade pouvait à peine imprimer de légers mouvements à la tête et offrait une paralysie complète des membres supérieurs. En même temps que la paralysie augmentait, l'atrophie devenait plus marquée, et la contractilité musculaire diminuait dans la même proportion. Aucun trouble de la respiration, ni de la digestion, ni du sommeil.

Trois mois après l'entrée du malade, on commença le traitement électrique en galvanisant tous les jours, pendant dix minutes, deux points de la portion cervicale du grand sympathique. Au bout d'un mois de ce traitement, le malade avait repris des forces; mais il ne put marcher, même difficilement, qu'au bout de six mois. Les mouvements des bras ne se rétablirent d'une manière complète qu'au bout d'un an; en même temps les muscles reprirent peu à peu leur volume normal. Seize mois après le début du traitement, on cessa la galvanisation, et, au bout de dix-huit mois, le malade sortit presque guéri. On examina de nouveau une parcelle du muscle deltoïde extraite à l'aide du harpon; les fibrilles musculaires présentaient une striation très-nette et renfermaient encore en certains points quelques gouttelettes graisseuses. Les fibres nerveuses que l'on pouvait apercevoir dans certaines préparations offraient une structure tout à fait normale (1). (Berlin, *Klin. Wochenschrift*, t. XXXVII, 1868.)

Action physiologique de la papavérine, par K.-B. Hofmann. On a beaucoup parlé dans ces derniers temps de l'action somnifère de la papavérine. L'auteur s'est servi, dans ses expériences, du chlorhydrate de

(1) Cette observation ne devrait-elle pas plutôt être citée comme un exemple de paralysie générale consécutive à une pyrexie. (*Note de la Réd.*)

papavérine, qui se présente sous la forme d'un sel incolore, soluble en petite quantité dans l'eau froide, très-soluble dans l'eau chaude. Ce sel a un goût particulier, très-désagréable. L'auteur a pris, trois jours de suite, 12, 24 et enfin 36 centigrammes de chlorhydrate de papavérine. A la suite des deux premières doses, il n'avait éprouvé aucun symptôme particulier. Après la troisième dose, il ressentit, au bout d'uneheure et demie, un hoquet intense qui disparut après dix minutes; puis une gêne considérable au creux épigastrique Après le repas, céphalalgie frontale vive, aucune sensation de fatigue ou d'abattement.

Après une seconde ingestion de papavérine, l'auteur ne ressentit aucune gêne, si ce n'est un sentiment de pesanteur à l'épigastre: jamais il n'a éprouvé de bourdonnements d'oreille, de vertiges, d'éblouissemements, de sensations de froid ou de chaleur.

Voici le résumé des observations de l'auteur :

1° La papavérine occupe une place tout à fait minime dans les alcaloïdes narcotiques: en effet, aucun de ces alcaloïdes, donné à la dose de 36 centigrammes, ne reste sans produire d'effets spéciaux ;

2° La papavérine, administrée à l'homme sain, ne produit pas la moindre action hypnotique à la dose de 36 centigrammes ;

3° La papavérine n'amène pas de résolution musculaire, car elle ne provoque ni fatigue ni abattement ;

4° Elle ne s'accumule point dans l'organisme, car, admnistrée plusieurs fois de suite à dose progressivement croissante, elle ne produit ni sommeil ni résolution musculaire ;

5° La papavérine n'a aucune action sur le pouls, pas plus que sur la respiration et la température du corps ;

6° Elle ne provoque pas de constipation et n'influe en rien sur la sécrétion urinaire ni sur la quantité d'urée contenue dans ce liquide. (*Wien. med. Wochenschr.*, XVIII, 58-59; 1858.)

Expériences sur la solubilité des fausses membranes du croup. Les expériences ont porté sur des exsudats pseudo-membraneux expulsés par les malades ; on a choisi des fausses membranes de la même consistance et du poids d'un gramme environ.

1° Solution d'iodure de potassium (1 gramme par 10 d'eau distillée). Au bout de quatorze heures la fausse membrane se réduit à des filaments.

2° Sulfate de zinc (1 gramme pour 10 d'eau distillée). En quatorze heures la membrane s'est raccourcie.

3° Bromure de potassium (solution au dixième). En quatorze heures transformation en une substance nuageuse.

4° Chlorure de sodium. Même résultat.

5° Chlorure de baryum. Même résultat.

6° Même résultat avec l'hyposulfite de soude.

7° Cyanure de potassium. En quatorze heures dissolution complète.

8° Borax. La membrane devient jaune et tendue.

9° Chlorure de chaux. Elle se dissout.

10° Chlorhydrate d'ammoniaque. Elle reste intacte.

11° Sulfate de fer. Elle reste intacte.

12° Carbonate de potasse. Se dissout parfaitement.

13° Sulfate de soude. Peu de changement.

14° Chlorate de potasse. En trois heures la fausse membrane devient comme de la charpie.

15° Eau de chaux. Dans le même temps même effet.

16° Bicarbonate de soude. Solution parfaite en trois heures.

17° Nitrate d'argent cristallisé (solution au dixième). La membrane durcit et se resserre.

18° L'acide lactique a donné à l'auteur les mêmes résultats qu'au docteur Bricheteau. (*Gaz. méd. ital. lomb.*, nov. 1868.)

Accidents cérébraux simulant la méningite, causés par la présence d'oxyures dans le rectum. Le fait suivant, rapporté par M. Vignard, de Nantes, doit être connu; car il n'est plus de médecin qui révoque en doute l'influence des entozoaires intestinaux sur le développement de diverses maladies de l'enfance. Toutefois, comme les cas de ce genre affectent toujours une marche insidieuse, comme les manifestations morbides auxquelles l'helminthiase peut donner lieu ne sont point caractérisées par une symptomatologie bien établie et semblable à elle-même, il est bon de publier tous les faits qui se rapportent à ce sujet, afin de mettre autant que possible le médecin sur ses gardes.

Voici l'histoire d'un malade que j'ai eu l'occasion d'observer et pour lequel M. Mahot fut appelé en consultation.

Un enfant, âgé de six à sept ans environ, demeurant chez ses parents, rue du Séjour, 1, dans une chambre sombre à n'y pas voir en plein midi, est pris d'accidents qui me font craindre l'invasion prochaine d'une méningite tuberculeuse. Mis en observation, cet enfant ne tarde pas, malheureusement pour lui, à montrer la réalisation de mon fâcheux pronostic. Dans les délais habituels, les symptômes bien connus de la méningite s'accusèrent et bientôt atteignirent un degré véritablement effrayant. Je n'entrerai pas dans le détail de l'observation. Qu'il me suffise de dire que M. Mahot porta le même diagnostic que moi et, par suite, le même pronostic défavorable. Un seul symptôme manquait pour parfaire le tableau de la méningite. La constipation, qui est la règle dans cette maladie, était remplacée par de la diarrhée. Cela seul suffisait pour nous donner quelque espoir, en nous faisant concevoir la possibilité d'une autre affection. Guidé par cette irrégularité, avant l'arrivée de M. Mahot, j'avais, sans aucun résultat, donné de la santonine. Nous donnâmes du calomel : on n'obtint rien et on fut obligé de modérer la diarrhée. J'avais beau interroger la mère, je n'apprenais rien qui pût m'éclairer, lorsque je songeai à administrer des lavements de suie, pensant que les accidents pourraient bien être dus à des oxyures. Ma foi dans les vers fut brillamment récompensée. Des oxyures furent rendus en grande quantité; les accidents cérébraux disparurent en quelques heures, et le malade mourant en apparence tout à l'heure fut presque subitement rendu à la santé; et c'est précisément cette rapidité dans la disparition des phénomènes qui acheva de me convaincre de l'influence exclusive des oxyures, parasites de mon petit malade, sur le développement de sa maladie. (*Journal de médecine de l'Ouest.*)

Traitement des érections blennorrhagiques par les injections hypodermiques de chlorhydrate de médecine. La méthode hypodermique, que nous ne cessons de préconiser, vient de recevoir une nouvelle application du docteur Boulomié, médecin aide-major à l'hôpital militaire de Toulouse.

Il s'agit des érections douloureuses dans certaines blennorrhagies. Nous laissons la parole à ce confrère.

« Dans la blennorrhagie aiguë, avec érections nocturnes douloureuses, j'ai injecté avec la seringue Lüer, au niveau de la quatrième vertèbre lombaire, 15 gouttes d'une solution de chlorhydrate de morphine ainsi formulée :

Chlorhydrate de morphine...........	50 cent.
Eau distillée......	50 gram.

« Broyez le chlorhydrate de morphine avec quelques gouttes d'eau distillée et étendez la solution; si tout le sel n'est pas dissous, chauffez.

« Après cette première injection, que je pratique à trois heures du soir (heure de la contre-visite dans nos hôpitaux), les érections sont notablement diminuées, mais non encore suspendues pendant la première nuit.

« Après une deuxième injection faite le lendemain, à la même heure, avec la même dose et non loin du point piqué la veille, le sommeil devient calme et réparateur; il n'est plus interrompu, soit par les érections, soit par les cauchemars.

« Le lendemain du jour où l'injection a été pratiquée et durant la nuit suivante, la sédation est encore complète; mais dans la troisième nuit qui suit la deuxième injection, le plus souvent les érections se reproduisent de nouveau, moins douloureuses que précédemment, il est vrai, mais encore assez pénibles pour interrompre le sommeil. Deux injections ont suffi dans quelques cas.

« Il est bon, néanmoins, de suivre en général la marche que j'ai adoptée actuellement.

« Premier jour, première injection, vers le soir, avant le repas ou quelques heures après; deuxième jour, deuxième injection; troisième jour, pas d'injection; quatrième jour, troisième injection; cinquième jour, pas d'injection ; sixième jour, quatrième injection.

« Dans aucun cas je n'ai dû recourir à plus de quatre injections ainsi faites.

« La période aiguë de la maladie est diminuée de durée et d'intensité.

« Je suis arrivé par ce moyen à supprimer avec grand avantage les

érections chez des malades atteints de rétrécissements, d'ulcérations chancreuses ou autres du pénis, chez des opérés de phimosis, ce qui a permis d'obtenir la cicatrisation immédiate. (*Gaz. des hôp.*) »

VARIÉTÉS.

Le nom de Trousseau est inséparable des progrès de la thérapeutique depuis ces trente dernières années; c'est lui qui lui a donné cette impulsion vigoureuse qui se manifeste aujourd'hui avec tant de vigueur. A ce titre, il appartient à ce recueil, auquel il a fourni un grand nombre de travaux dès sa fondation. Aussi nous sommes heureux de rendre hommage à sa mémoire, qui nous sera toujours chère, en reproduisant l'éloge de son ami et collaborateur Pidoux, prononcé à la Société de thérapeutique, dont Trousseau avait accepté le titre de président honoraire, bien qu'il fût déjà atteint d'un mal implacable. F. B.

TROUSSEAU.

Eloge prononcé à la Société de thérapeutique, dans sa séance du 5 *mars* 1869, *par M.* Pidoux, *président honoraire de cette Société, etc.*

Messieurs et chers collègues,

Mon seul titre à l'honneur que vous daignez me faire en m'appelant à remplacer Trousseau comme président honoraire de la Société de thérapeutique est d'avoir été son collaborateur. C'est donc à lui, après vous, que je dois reporter cet honneur. Aussi je ne crois pas pouvoir mieux témoigner ma reconnaissance envers sa chère mémoire et vous remercier d'une manière plus digne et plus juste, qu'en faisant revivre un instant parmi vous ce maître regretté.

Ils commencent à se compter, ils sont surtout très-dispersés, ceux qui ont assisté avec moi aux premiers jours de la renaissance de la matière médicale entre les mains de Trousseau. Il faut remonter pour cela à trente-huit années bientôt. Vous le voyez, c'est presque une page d'histoire que je vais vous lire.

C'était un peu avant, ce fut surtout immédiatement après la grande et première épidémie de choléra, en 1832, que Trousseau, alors âgé de vingt-neuf ans, médecin du Bureau central, partageant, à l'Hôtel-Dieu, dans les salles Saint-Bernard et Sainte-Monique, le service de Récamier, fit ses premiers essais de restauration clinique des agents de la pharmacie proscrits presque entièrement par Broussais.

Trousseau, ai-je dit, partageait alors comme médecin du Bureau central le service hospitalier de Récamier. Il ne le remplaçait pas, en effet, car le maître n'était ni en congé ni en retraite; il n'était qu'irrégulier, et il lui avait plu de se donner un coadjuteur. Trousseau eut la bonne fortune de fixer son choix. Récamier était bien libre sans doute d'en appeler un autre, mais il ne l'était pas d'en choisir un meilleur; et il est plus que probable que le roulement administratif, très-équitable d'ailleurs, ne l'eût pas servi aussi bien selon son esprit.

Trousseau venait donc, sous les yeux d'un homme original, indépendant jusqu'à l'individualisme, et que Broussais n'avait pu courber, répandre et cultiver dans un champ tout prêt pour les recevoir les semences qu'apportait de Tours et de la clinique de Bretonneau son esprit si facile à imprégner et si apte à transmettre.

Personne ne peut se faire aujourd'hui une idée du spectacle qu'offrait alors cette clinique nouvelle. Elle l'était sous tous les rapports. Une pathologie moins systématique et plus variée, affranchie du physiologisme et réagissant, avec excès peut-être, au nom des espèces nosologiques bannies, ressuscitait des agents thérapeutiques oubliés et en suscitait de nouveaux.

La notion de spécificité nosologique et thérapeutique, modestement retrouvée en province par Bretonneau, entrait à Paris avec éclat. Le jeune professeur libre venait l'y restaurer, mais retrempée dans l'anatomie générale de Bichat systématiquement appliquée à la pathologie par Broussais. L'élève de Breton-

neau portait la renommée du maître plus haut peut-être que ne l'eût fait le maître lui-même s'il eût eu l'imprudence de céder à l'ambition d'enseigner officiellement la médecine sur ce grand théâtre de Paris par lequel on cherchait à le tenter, et pour lequel sa simplicité, sa bonhomie, son oubli de lui-même n'étaient pas faits.

Oui, Trousseau, avec son talent de vulgarisation incisif et puissant qui l'associait aux inventeurs, fit plus pour la restauration de l'idée de spécificité en nosologie et en thérapeutique et pour la gloire de son maître, que n'eût pu le faire Bretonneau lui-même. Ce fut, en effet, l'œuvre de Trousseau et le point de départ de la rénovation de la matière médicale dont il est chez nous l'auteur.

Il fallait voir la curiosité intéressée des élèves et surtout des médecins d'un âge mûr sous les yeux desquels Trousseau se livrait avec une confiance imperturbable à l'emploi de tous les médicaments redoutés des praticiens de cette génération élevée dans la crainte des irritants ! Il leur faisait l'effet de manier des charbons ardents. Quand on l'avait vu administrer les préparations de fer insolubles, aidées du quinquina et de l'aloès, à des chlorotiques dont l'estomac était déchiré par d'atroces douleurs, le cœur palpitant, les artères vibrantes, l'utérus congestionné et dysménorrhagique, le lendemain on était sûr de trouver le lit de la pauvre fille entouré de médecins inquiets sur le sort de cette gastrite, de cette cardio-artérite, de cette métrite qu'avaient dû exaspérer les médicaments incendiaires administrés la veille. Et quand sous l'influence de cette médication tonique et stimulante ces praticiens constataient le retour d'un appétit pour les substances réparatrices, l'apaisement des douleurs d'estomac, la sédation des spasmes du cœur et des vaisseaux, la régénération des globules sanguins qui étendaient chaque jour un peu plus leur fard intime sur des joues et des lèvres plus que décolorées, ils étaient non-seulement surpris, ils étaient soulagés eux-mêmes..... Leur foi dans les agents de la matière médicale renaissait, et à travers ces effets des médicaments ils commençaient à se faire d'autres idées des maladies. Je vous assure, messieurs, que cela était aussi intéressant que des essais de thérapeutique sur des animaux bien portants.

J'ai pris mon premier exemple dans la chlorose et le fer, parce que Trousseau excellait à les opposer l'un à l'autre ; que les effets de la médication étaient très-pittoresques, et surtout, je crois pouvoir l'assurer, parce qu'ils étaient beaucoup plus accentués à cette époque qu'à la nôtre. Il me paraît, en effet, que la maladie était plus profonde et plus fréquente alors qu'aujourd'hui. J'en appelle à mes contemporains, et je leur demande si dans les hôpitaux, en ville, dans les pensionnats, les chlorotiques n'étaient pas plus nombreuses, les chloroses plus franches et plus complètes à cette époque que maintenant ? Le fait est aussi vraisemblable que je le crois vrai. La médecine sous ses deux aspects, hygiène et thérapie, était plus débilitante et moins réparatrice il y a quarante à cinquante ans qu'aujourd'hui. Les maladies de l'enfance étaient traitées sévèrement par les antiphlogistiques. A ce moment décisif où le sexe s'établit, le médecin et les familles se défiaient du régime tonique et ménageaient systématiquement l'usage des fortifiants. Aujourd'hui, au contraire, l'habitude d'une alimentation beaucoup plus animale, la pratique de la gymnastique, des bains minéraux, de l'hydrothérapie, des méthodes curatives plus naturelles et moins exténuantes, rendent plus facile et moins anormale la puberté chez les jeunes filles et en éloignent davantage la chlorose. A part quelques exceptions, je trouve que les cas de cette maladie ne sont qu'ébauchés ; elle est bâtarde, incomplète, plus croisée d'autres éléments morbides. Eh bien, j'incline fort à croire que l'époque que je rappelle et la révolution qui se fit alors dans la matière médicale et l'hygiène donnent assez bien la date et les causes des amendements salutaires survenus dans la maladie dont il s'agit, et qu'on doit en faire pour une grande part honneur à l'initiative hardie de Trousseau.

Il est donc vrai, par cet exemple, que les maladies, et surtout les maladies chroniques, sont susceptibles d'éprouver, non-seulement chez l'individu, mais dans l'espèce, des changements transmissibles par voie de génération, comme on voit sous la main de l'homme les espèces végétales et animales modifiées par la culture, les croisements, l'action des milieux, etc., s'hypertrophier, s'atrophier, les unes se multiplier, les autres disparaître, toutes enfin, susceptibles de se modifier dans mille directions. Pourquoi la médecine n'aurait-elle pas cette influence sur les espèces nosologiques ? Celles-ci, qui ne sont que des modes d'existence parasitiformes, ne doivent-elles pas être moins néces-

saires, et par conséquent moins difficiles à modifier à la longue, que les caractères normaux et naturels qui spécifient les individus, que ces tendances organiques dont le développement ou la disparition réalisent dans l'espace et dans le temps la perfection et l'idéal de chaque type? On ne saurait en douter, et si la médecine ne se proposait pas ce but, elle ne serait bientôt plus une science.

Ce qui faisait, je le répète donc, l'originalité de la clinique de Trousseau, c'est que la thérapeutique y conduisait à la critique et à la réforme de la nosologie, comme celle-ci à la renaissance de la matière médicale et au progrès de la thérapeutique.

(*La suite au prochain numéro.*)

Par décret du 10 mars 1869, ont été promus dans le corps des officiers de l'armée de terre :

Au grade de médecin principal de 1re classe (choix) : MM. Baizeau, médecin de 2e classe des hôpitaux de la division d'Alger.— Bonduelle, médecin principal de 2e classe aux salles militaires de l'hospice civil de Montpellier. — Larivière, médecin principal de 2e classe à l'hôpital de Bordeaux. — Prudhomme, médecin principal de 2e classe à l'hôpital de Belfort. — Fuzier, médecin principal de 2e classe à l'hôpital Saint-Martin.

Au grade de médecin principal de 2e classe (choix) : MM. Gouget, médecin-major de 1re classe des hôpitaux de la division de Constantine. — De Finance, médecin-major de 1re classe à l'hôpital de Bourbonne. — Armieux, médecin-major de 1re classe des hôpitaux de la division de Constantine. — Navarre, médecin-major de 1re classe à l'hôpital de Marseille. — Meurs, médecin-major de 1re classe, bibliothécaire conservateur à l'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires. — Daga, médecin-major de 1re classe des hôpitaux de la division d'Alger.

Au grade de médecin-major de 1re classe (choix) : MM. les médecins-majors de 2e classe Muller, Hattute, Lasnier, Weber et Gaujot ; (ancienneté) Chabrely, Ouradou, Gasté, Scoutetten et Duauthier.

Au grade de médecin-major de 2e classe : M. Fauvel, médecin-major de 2e classe en non-activité ; MM. les médecins aides-major de 1re classe (choix) Chambé, Girod de Miserey, Mathis, Guillemin, Liotard et Schaumont ; (ancienneté) Denoix, Chahert, Vincent-Genod, Marteau, Paoli, Josué Sainte-Rose, Massaloup, Sculfort, Maratray, Mabillat et Bazille.

Au grade de pharmacien principal de 1re classe (choix) : M. Capiomont, pharmacien principal de 2e classe, détaché au ministère de la guerre.

Au grade de pharmacien principal de 2e classe (choix) : M. Robaglia, pharmacien-major de 1re classe à l'hôpital de Versailles.

Au grade de pharmacien-major de 1re classe (choix) : MM. les pharmaciens-majors de 2e classe Fontaine ; (ancienneté) Le Roy.

Au grade de pharmacien-major de 2e classe (choix) : MM. les pharmaciens aides-major de 1re classe Judicis ; (ancienneté) Thomas.

— Par décret en date du 13 mars 1869, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Martin, médecin principal de 1re classe ; Bouton

d'Agnières, médecin-major de 1re classe; Fournez, pharmacien principal de 1re classe; Vesco et Rulland, médecin principaux de la marine.

Au grade de chevalier : MM. Paulet, médecin-major de 1re classe; Bodeau, Portafax, Charles, médecins-majors de 2e classe; Bérépion, vétérinaire en premier; les docteurs Privat, maire de Montagnac; Deroy, ancien aide-major; Maillhes, maire d'Orignac; Picon, maire de Cattiar; Sérilhac, maire de Lamothe-Cumont; Carles et Coste, médecin de 1re classe de la marine; Morio, pharmacien de 1re classe de la marioe; Michel et Cassan, médecins de 2e classe de la marine; Rebeau, médecin auxiliaire de 2e classe de la marine.

Le concours pour six places d'agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Paris (section de médecine et de médecine légale) vient de se terminer par la nomination de MM. Bouchard, Ollivier, Chalvet, Lecorché, Brouardel, Cornil.

Association générale. — L'assemblée générale de l'association aura lieu le dimanche 4 avril, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, sous la présidence de M. le professeur Tardieu.

L'ordre du jour de cette séance publique est ainsi fixé :

Allocution par M. le président Tardieu;

Compte rendu des actes de la *Société centrale*, par M. Le Roy de Méricourt, secrétaire de la Société.

Rapport général sur les actes de l'association dans son ensemble, par M. Amédée Latour, secrétaire général.

Le lundi 5 avril, à une heure, même amphithéâtre, séance particulière des présidents et délégués des sociétés locales, du conseil général et du conseil judiciaire et administratif.

Banquet de l'association générale. — Le banquet annuel offert à MM. les présidents et délégués des Sociétés locales aura lieu le dimanche 4 avril, à sept heures, au Grand-Hôtel, boulevard des Capucines.

Nos confrères sont invités à souscrire, directement ou par lettre, chez M. le docteur Brun, trésorier de l'association, rue d'Aumale, 23.

Prix de la souscription : 20 francs.

Le bureau de la société médicale de l'Elysée, pour l'année 1869, est ainsi composé :

Président : M. Contour; — *Vice-Président* : M. Le Roy de Méricourt; — *Secrétaire général* : M. Pierresort; — *Secrétaire annuel* : M. Canuet; — *Trésorier* : M. Linart.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. le docteur Henri Roger, professeur agrégé de la Faculté, commencera le cours clinique des maladies des enfants (semestre d'été) le mercredi 31 mars et le continuera les mercredis suivants. Visite des malades tous les jours à huit heures et demie; exercices cliniques les lundis et vendredis. — Leçons à l'amphithéâtre le mercredi à neuf heures.

Pour les articles non signés : F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Du diagnostic des fièvres par la température (1) ;

Par le professeur Sée.

(4e et dernier article.)

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE PAR LA TEMPÉRATURE ET DE LA MÉNINGITE PAR LES TROUBLES FONCTIONNELS DES NERFS VAGUES.

La fièvre typhoïde, dans sa forme anormale, se caractérise par des phénomènes graves, excessifs, qui peuvent se localiser soit sur le cerveau, soit sur les poumons, soit sur l'intestin. Abordons d'abord le diagnostic de la fièvre typhoïde anormale, à forme cérébrale.

La fièvre typhoïde peut être confondue : 1° avec la méningite ; 2° avec les diverses formes de délire (alcoolique, d'inanition) ; 3° avec le typhus cérébro-spinal.

Quand on se trouve en face d'un malade atteint soit de fièvre typhoïde à forme cérébrale, soit de méningite, surtout s'il s'agit d'un enfant, on observe la même série de phénomènes, la même catégorie de symptômes, qui mettent souvent les praticiens les plus expérimentés dans un véritable embarras.

Dans les deux cas il y a de la fièvre et de la céphalalgie, du délire, des convulsions et du coma. Mais ces symptômes, qui sont communs à ces deux maladies, examinés séparément au point de vue de leur mécanisme physiologique, présentent des différences très-importantes qui fixent le diagnostic de la méningite, et qui s'expliquent par la localisation des lésions primordiales de la maladie.

La méningite tuberculeuse aboutit fatalement à la formation d'exsudats intracraniens ; ce sont des produits plastiques qui siégent à la base du cerveau, au niveau de la scissure de Sylvius, du pont de Varole ; or c'est là que sont l'origine et le passage de plusieurs nerfs crâniens, lesquels irrités, enflammés ou comprimés par ces exsudats, donnent lieu à tous les symptômes morbides.

De tout temps les observateurs ont vu que la méningite tuberculeuse présentait dans son cours une marche irrégulière, se traduisant d'abord par une accélération, puis par un ralentissement du

(1) Leçon clinique professée à l'hôpital de la Charité (suite). Voir les livraisons précédentes, p. 145, 193 et 256.

pouls, et enfin une fièvre. Robert Whytt, qui le premier a bien observé cette maladie au lit du malade, a fondé sur les caractères du pouls et de la fièvre sa division en trois périodes. Première période : fébrile; deuxième période : ralentissement du pouls; troisième période : retour de la fièvre et accélération du pouls. Elle a été adoptée par tous. Trousseau lui-même, ce grand observateur, qui s'étonnait sans cesse de la marche des symptômes de cette bizarre affection, avait fini par admettre qu'elle était due à l'infiltration des parois et cavités ventriculaires par le liquide cérébral épanché, j'ajoute, probablement par la destruction de l'épendyme (revêtement intérieur des ventricules); de là une sorte de ramollissement par imbibition qui serait cause de tous les phénomènes; aussi décrivait-il la méningite sous le nom de *fièvre cérébrale*, bien qu'il eût parfaitement vu que la fièvre n'existât pas dans la deuxième période.

Là n'est pas la vérité, et tout l'ensemble symptomatique de la méningite s'explique par la compression ou l'irritation des nerfs crâniens. Il n'en est pas de même dans la fièvre typhoïde.

Fièvre typhoïde; première période. — Voyons d'abord quels sont les phénomènes de la fièvre typhoïde : La température monte en zigzag et a une allure caractéristique. Le pouls est constamment accéléré dès le début et persiste ainsi pendant toute la durée de la maladie; puis se manifestent des troubles de l'innervation d'une importance capitale : la céphalalgie et le météorisme.

La céphalalgie typhoïde ne s'accompagne pas de vomissements. C'est un fait négatif, il est vrai, mais très-important.

Le météorisme et le gargouillement sont dus à l'accumulation et à la diffusion des gaz dans l'intestin distendu. Dès le début de la fièvre typhoïde il y a prostration de tous les muscles et en particulier des muscles des parois abdominales et des parois de l'intestin, qui restent relâchés, affaiblis par suite de la diminution de l'innervation musculaire et par conséquent faciles à soulever.

La méningite offre un tableau analogue, comme fièvre, céphalalgie, mais le météorisme et la diarrhée font défaut, ce qui est rare dans la fièvre typhoïde.

La chaleur des méningitiques présente des particularités notables : il y a des inégalités dans la marche de la température; des frissons irréguliers se montrent par intervalles et le thermomètre ne monte pas sensiblement. Cet état peut persister huit jours, et pendant ce temps les enfants peuvent se promener et même jouer. La calorification ne présente donc aucun phénomène caractéristique. Le pouls est capri-

cieux ; il bat 110, puis descend à 70 ; il est vibrant, puis très-faible ; la fièvre, en un mot, est très-irrégulière et ne peut être définie. C'est à un tel point, que je me demande si l'on peut dire avec raison que le méningitique a une véritable fièvre.

Les phénomènes caractéristiques de la méningite sont tout autres ; ils sont dus à l'irritation de certains nerfs crâniens par la présence de l'exsudat formé. Le plus sensible de tous est le pneumo-gastrique, qui fournit des filets nerveux à l'œsophage, à l'estomac, au cœur, et d'autres qui président au mécanisme de la respiration.

Tout d'abord les branches nerveuses qui vont à l'estomac sont atteintes, et l'enfant qui a de la céphalalgie dès le début vomit ; ceci ne se voit pas dans la fièvre typhoïde, et ce phénomène est caractéristique, car il décèle la lésion produite. On peut bien rencontrer au début de la fièvre typhoïde quelques vomissements, mais ils ne persistent pas et sont tout à fait exceptionnels.

Ici se présente une difficulté qu'il faut savoir résoudre. Certains enfants sont héréditairement migraineux dès l'âge de quatre à cinq ans, et sont pris de vomissements s'accompagnant de céphalalgie atroce ; grand est l'effroi des parents, que peut partager le médecin, s'il n'est pas prévenu des habitudes morbides des parents et de la possibilité de la migraine chez les enfants.

La migraine est due à un trouble de la circulation intracranienne qui produit l'oligaimie de la base du crâne ; le sang est en quantité insuffisante pour le fonctionnement normal du pneumogastrique, qui s'irrite et produit des contractions de l'estomac et de l'œsophage, d'où vomissements.

On peut donc dire que le vomissement est le phénomène caractéristique de la période de début de la méningite.

Fièvre typhoïde ; deuxième période. — C'est du sixième au huitième jour qu'apparaissent les complications cérébrales si elles doivent exister ; elles s'accompagnent des phénomènes suivants : du cinquième au onzième jour une température élevée qui a la même marche qu'au début ; le maximum du soir est constant ; le pouls est constamment accéléré, faible et dicrote, indiquant une diminution de la tension artérielle par suite de la faiblesse de l'innervation des vaisseaux.

La méningite, à sa deuxième période, présente un tableau très-différent, caractéristique, qui a une explication toute physiologique : c'est l'irritation des filets cardiaques du pneumo-gastrique. Ces filets nerveux se rendent aux ganglions intrinsèques du cœur, impulseurs

de cet organe. Livrés à eux-mêmes, ces ganglions agissent avec énergie, et il leur faut un modérateur, qui est le pneumo-gastrique, le frein du cœur. Si ce frein est rompu, le cœur s'accélère avec une violence inouïe. Si au contraire le pneumo-gastrique est irrité, il agit avec plus de force et produit le ralentissement du cœur : c'est ce qui arrive chaque fois qu'un exsudat se développe à la base du crâne autour de l'origine bulbaire du pneumo-gastrique ; il y a ralentissement du pouls et du cœur. Cette explication est due à Traube, qui a fait l'expérience suivante : il coupe à un chien le pneumo-gastrique ; il excite le bout inférieur, aussitôt le cœur se ralentit et ses battements sont intermittents. Le même effet se produit chez l'enfant atteint de méningite ; son pouls est intermittent, ralenti, vibrant, bien différent de celui de la fièvre typhoïde.

Un autre trouble de la circulation non moins important existe, c'est la rougeur alternant avec la pâleur de la face et la tache méningitique, phénomènes tous causés par un trouble de l'innervation des nerfs vaso-moteurs qui prennent leur origine dans la moelle et le bulbe. Sous l'influence d'une excitation de ce centre vasomoteur, les petites artères se contractent, d'où pâleur de la face; puis bientôt survient la fatigue de ces vaisseaux et une dilatation paralytique consécutive, d'où rougeur de la face. La tache méningitique est due à une excitation réflexe des artérioles de la peau, suivie bientôt d'une dilatation vasculaire. Ce phénomène se voit dans d'autres maladies et n'est pas tout à fait caractéristique.

D'autres phénomènes manifestent un trouble profond de l'innervation des muscles de l'abdomen et une modification de la respiration, contrairement à ce qu'on voit dans la fièvre typhoïde.

Dans cette maladie le ventre est météorisé, parce que les muscles des parois abdominales et intestinales sont inertes et paralysés ; de là une distension de l'intestin par les gaz et un soulèvement de la paroi abdominale, ce qui indique une prostration profonde ; il en résulte des conséquences fâcheuses au point de vue du mécanisme de la respiration. Le météorisme aboutit à la distension de la paroi thoracique inférieure formée par le diaphragme, et la cavité thoracique est diminuée dans sa hauteur, ce qui diminue le champ respiratoire ; alors il se produit une dyspnée qui reconnaît une double cause. distension de l'abdomen par les gaz et fatigue des muscles inspirateurs. Il se fait dès lors des stases sanguines, de l'hyperémie bronchique avec catarrhe. Comme le météorisme augmente, la respiration deviendra plus difficile ; le mucus de la sécrétion catarrhale ne

sera plus expulsé, les bronches resteront obstruées, les lobules pulmonaires correspondants s'affaisseront, et on verra se produire le collapsus pulmonaire, qui constitue la pneumonie lobulaire, à son début.

Dans la méningite, c'est tout l'inverse de ce qui se voit dans la fièvre typhoïde : il y a de la constipation et une rétraction du ventre due à la contracture des parois abdominales et de l'intestin par suite de l'irritation des nerfs médullaires et des filets du pneumo-gastrique qui animent ces muscles. Aussi, dans la méningite, voit-on la poitrine libre, et s'il y a une dyspnée sous l'influence de l'excitation du pneumo-gastrique, elle est toute différente de celle de la fièvre typhoïde, qui est toute mécanique et marquée par une accélération de la respiration. La respiration est lente; elle tombe à 8 par minute, au lieu de 24 à 32 par minute; l'inspiration est profonde, suspirieuse, et s'accompagne assez souvent de hoquet.

Enfin, dans les deux maladies, à la même période, se présentent deux phénomènes communs : le délire et le coma; mais, outre les symptômes concomitants, ils ne présentent pas les mêmes caractères; c'est ce que nous allons démontrer, du reste, en étudiant la troisième période, où nous les retrouverons beaucoup plus marqués.

Troisième période. — Cette fois nous commençons par la méningite. Ici la scène change. Dans la période précédente nous avions le ralentissement du pouls et du cœur sous l'influence de l'excitation du pneumo-gastrique; mais maintenant ce n'est plus de l'excitation, c'est l'épuisement du nerf comprimé par l'exsudat plastique; c'est de là que découlent les phénomènes suivants :

Les battements du cœur et le pouls sont au chiffre de 140 par minute, et la température s'élève.

Les mêmes symptômes, à savoir : accélération du pouls et élévation de la température, se voient aussi dans la fièvre typhoïde, mais il y a des différences. Dans la fièvre typhoïde il est rare que le pouls monte ou reste à 140, tandis que le thermomètre, à cette période, marque 40°,5 le matin et 41 le soir (forme grave). Dans la méningite, la température ne marche pas ainsi; le thermomètre peut s'élever à 40, il est vrai; mais cette élévation n'est que momentanée; elle ne dure jamais; ce n'est d'ailleurs qu'une chaleur partielle, qui rappelle tout à fait la fameuse expérience de M. Cl. Bernard, qui coupe le grand sympathique au cou et voit survenir l'augmentation locale de la chaleur.

Dans la fièvre typhoïde la chaleur est permanente, générale ; il y a un véritable excès de chaleur caractéristique de la fièvre. Dans la méningite il se fait une répartition inégale de la chaleur, mais il n'y a pas excès de production ; ce sont des phénomènes transitoires et irréguliers, bien différents des rémissions typiques de la fièvre typhoïde : ainsi le maximum apparaît le matin, une rémission se fait vers les deux heures, puis une nouvelle poussée de chaleur revient vers le soir à six heures. Exceptionnellement le thermomètre atteint 41, rarement il dépasse 40, et par moments on le trouve souvent à 38, 39 ; puis vers les jours qui précèdent la mort, du dix-huitième au vingtième jour en moyenne, on voit se produire une chute de la température de 1, 2, 3 degrés ; il faut que le médecin connaisse cette particularité et n'aille pas attribuer à une défervescence ce qui n'est que le collapsus de la température.

Dans la fièvre typhoïde la température monte jusqu'à la fin et est très-élevée jusqu'à la mort. Si dans cette période les caractères du pouls se rapprochent de ceux du pouls méningitique, le thermomètre est infaillible et fait sûrement éviter l'erreur. Ce qui caractérise la courbe thermométrique de la méningite, ce sont les oscillations thermiques qui indiquent la mauvaise distribution du calorique, qui ne peut se tenir longtemps au maximum obtenu.

A ce moment le thermomètre doit être la base du diagnostic et du pronostic, et c'est ici très-important, car si le thermomètre indique une fièvre typhoïde, on peut toujours avoir un espoir de guérison, même dans les cas les plus graves, tandis que si la température marche comme celle d'une méningite, le pronostic est fatal.

On trouve même des différences dans les phénomènes cérébraux : le coma, le délire, les convulsions, la contracture peuvent se présenter dans les deux maladies ; mais ils ne sont pas les mêmes, et il ne faut pas se fier aux cris hydrencéphaliques.

Le coma méningitique s'accompagne d'anesthésie complète, tandis que le coma typhoïde a reçu le nom de *coma vigil*, et il n'y a pas d'anesthésie.

Les convulsions sont rares dans la fièvre typhoïde ; ce qu'on observe, c'est la carpologie, le tremblement ; dans la méningite elles sont partielles, rarement généralisées, et ne se manifestent qu'à la troisième période. Il faut dire qu'on peut les rencontrer au début s'il y a hydropisie intraventriculaire.

La contracture dans la méningite siége surtout à la nuque ; le cou et la tête décrivent une courbe à concavité postérieure. Dans la

fièvre typhoïde, la contracture est plus étendue et tout à fait opisthotonique (forme spinale de la fièvre typhoïde).

Dans la méningite on voit des paralysies frapper certains muscles et des convulsions en agiter certains autres ; dans la fièvre typhoïde on ne voit jamais de convulsions partielles.

Cette localisation des convulsions partielles dans la méningite se comprend très-bien ; elle s'explique par la présence de l'exsudat à la base du crâne, qui atteint surtout la troisième paire. C'est l'œil qui est atteint ; il y a strabisme, chute de la paupière et dilatation de la pupille.

Quant aux cris hydrencéphaliques, ils peuvent se présenter à toutes les périodes, et ne sont que l'expression de la douleur. Dans la fièvre typhoïde on les rencontre fréquemment dans cette période où les enfants sont arrivés à un véritable état d'idiotie. Ces cris ont été donnés comme caractéristiques de la méningite, il n'en est rien.

Dans la méningite, souvent à cette période on rencontre du météorisme et même de la diarrhée, parfois due aux purgatifs ; mais la diarrhée, loin d'être constante, alterne avec la constipation.

Enfin, au point de vue de la langue et de la soif, ces deux maladies présentent des différences très-curieuses.

Le typhoïde a la langue noire, couverte de fuliginosités. Plongé dans un état de stupeur profonde, de stupidité complète, il reste la bouche entr'ouverte, la langue entre les dents, tremblotante, et elle se charge des poussières du dehors. Dans le cas de méningite, la langue est lisse, nette et très-naturelle. L'enfant ne boit pas, il n'a pas soif, et il éprouve souvent de la difficulté pour avaler, tandis que le typhoïde boit dès qu'on lui présente à boire ; il a soif mais il ne demande rien, car chez lui les sensations internes sont aussi émoussées que les sensations externes.

Au résumé la méningite tuberculeuse a pour caractère spécial la lésion inflammatoire de la base de l'encéphale ; d'où excitation du nerf vague, par conséquent, vomissements, ralentissement du pouls et de la respiration ; c'est donc la physiologie qui donne au diagnostic la formule précise. Dans la dothinentérie, c'est la chaleur qui est la cause principale des accidents, et surtout des dénutritions.

DIAGNOSTIC DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE ET DE LA MÉNINGITE DE LA BASE.

Ce n'est pas seulement avec la méningite de la base, la méningite tuberculeuse de l'enfance, que la fièvre typhoïde peut être con-

fondue, mais encore il faut savoir la différencier de la méningite de la connexité.

Ce diagnostic présente souvent des difficultés, car cette maladie, propre à l'adulte, si sujet à la fièvre typhoïde, n'a pas de phénomènes caractéristiques comme la méningite de l'enfance. La céphalalgie et le vomissement, le ralentissement du pouls font défaut, et le symptôme le plus saillant, le délire, peut exister dans la fièvre typhoïde.

Cette forme de méningite peut débuter de deux façons : 1° la fièvre est lente, mal caractérisée, la température ne présente jamais la marche en zigzag typique de la fièvre typhoïde ; puis tout à coup le délire éclate au bout de trois à quatre jours ; or le délire dans la fièvre typhoïde apparaît rarement avant le septième et huitième jour. Quant au pouls, il est le même dans les deux maladies ; 2° début brusque avec fréquence du pouls et thermométrie très-élevée à 40 degrés dès le second jour ; mais alors on se rappellera que jamais la fièvre typhoïde n'a un début si brusque et n'atteint ce maximum avant le quatrième jour.

Un dernier point se présente encore à traiter pour compléter le diagnostic de la fièvre typhoïde : dans le cours d'une fièvre typhoïde survient du délire. Le malade est-il atteint du délire typhoïde ou d'une autre forme de délire ? Telle est la question à résoudre.

DIAGNOSTIC DU DÉLIRE TYPHOÏDE ET DES AUTRES GENRES DE DÉLIRES.

Quatre délires d'origine différente peuvent être confondus avec le délire typhoïde. Ce sont :

Le délire de l'anémie ;

Le délire de l'inanition ;

Le délire de la manie aiguë ;

Le délire alcoolique.

Le diagnostic est très-important, car il en découle des traitements entièrement opposés.

Délire anémique. — Chez les anémiques, la fièvre typhoïde présente des irrégularités nombreuses dans la marche, mais on n'observe jamais un délire violent ni le coma vigil ; c'est une forme de délire caractérisée par une aberration de l'esprit, rappelant tout à fait les bizarreries hystériques, par des rires et pleurs sans motifs, par des hallucinations ; il existe une disproportion énorme entre ce délire et les autres symptômes de la maladie ; la température est

modérée, 39 degrés au plus; et ce qui tranche la question, c'est le traitement : une alimentation tonique et réparatrice fait vite disparaître le délire anémique.

Délire d'inanition. — Il n'apparaît guère avant la troisième semaine; on le rencontre à la fois chez les anémiques et les pléthoriques, mais il apparaît plutôt chez les individus robustes, habitués à une alimentation copieuse. Une difficulté peut alors se présenter. Parfois l'inanition occasionne à la fois des vomissements et du délire ; alors le médecin peut craindre une méningite ; mais le meilleur moyen de couper court à toute incertitude consiste à alimenter le malade, et le délire avec ou sans vomissements cesse comme par enchantement.

Délire de la manie aiguë. — Ce délire ne se voit guère que dans la convalescence.

Délire alcoolique. — Il se présente tout d'abord avec une violence si grande, que la disproportion est trop forte entre l'état de la maladie et ce délire, pour qu'on puisse le croire sous la dépendance de l'affection typhique ; puis il a une forme particulière: le malade a des hallucinations de persécution; il croit voir des voleurs, des assassins qui le poursuivent; d'autres fois il décrit des objets bizarres. Ce délire est d'ailleurs tardif; il n'apparaît guère avant le neuvième jour, tandis que le délire typhoïde débute souvent dès le sixième ou le septième jour.

Là encore le traitement est la pierre de touche. Le délire typhoïde est notablement amendé par l'hydrothérapie. Le délire alcoolique ne cède qu'au vin et à l'opium, mais cela très-rapidement, en vingt-quatre et trente-six heures ; ce que ne fait pas le délire typhoïde, qui continue pendant une longue période de la maladie.

De l'application de la méthode hypodermique au traitement de la syphilis par les préparations mercurielles (1);

Par le docteur F. Bricheteau.

La méthode hypodermique était à peine créée en Angleterre par Wood, et popularisée en France par M. Béhier, que quelques médecins, frappés de la difficulté qu'ils éprouvaient pour faire supporter les préparations mercurielles à leurs malades, proposèrent

(1) Lu à la Société de Thérapeutique dans la dernière séance de décembre 1868.

d'appliquer la nouvelle méthode au traitement de la syphilis; mais, dès le début, ils furent arrêtés par l'insolubilité des sels de mercure habituellement employés; aussi les essais tentés ne seront pas longs à exposer.

C'est en Italie que furent faits les premiers essais, et c'est dans ce pays que parurent les premiers travaux publiés sur cette question. En 1864, M. Scarenzio, chef de clinique de l'Université de Pavie, publia, dans les *Annales universelles de médecine*, son mémoire intitulé : *Premières tentatives de cure de la syphilis constitutionnelle* au moyen des injections sous-cutanées d'une préparation mercurielle. S'appuyant sur l'autorité de Mialhe et Petenkoffer, Scarenzio, voulant préserver les voies digestives du contact irritant du mercure, admet que le calomel introduit dans l'économie même sous la peau se transforme en bichlorure. Parmi les différents composés du mercure, il choisit de préférence le calomel et rejette complétement le sublimé, car il est corrosif et pourrait déterminer sur son passage une inflammation gangréneuse. Craignant qu'on ne lui objecte, et avec raison, sa théorie sur le calomel, il fait remarquer qu'il se sert du calomel à la vapeur en très-petite quantité, et dissous dans un véhicule, ce qui diminue d'autant son action caustique. Il emploie 20 à 30 centigrammes de calomel suspendu dans 1 gramme à 1 gramme et demi d'eau, de glycérine ou d'une solution gommeuse. Il ajoute qu'il ne pourra jamais venir à l'esprit d'un médecin d'employer le bichlorure pour faire les injections. L'instrument qu'il préconise n'est autre que la seringue de Pravaz. Il l'enfonce à 3 centimètres dans le tissu cellulaire sous-cutané et la retire de 1 centimètre et demi pour laisser de la place à l'injection qu'il pousse; puis il retire la canule et ferme le trou avec du collodion, du taffetas ou un pansement simple. Il choisit comme lieu d'élection les jambes, les cuisses, mais de préférence les bras, car la malade peut vaquer à ses occupations après cette légère opération.

Ce premier travail de Scarenzio, qui constitue un véritable progrès de thérapeutique, renferme huit observations suivies de guérison, sauf une; mais il faut remarquer que, dans tous les cas, les malades, bien qu'ils n'eussent eu à supporter qu'un petit nombre d'injections (deux à trois), ont eu des abcès au lieu de l'opération, ce qui tenait à la nature du sel employé, et surtout à la quantité.

Pour rendre justice à chacun, Scarenzio lui-même nous apprend dans son mémoire que cette méthode avait déjà été tentée par Hun-

ter et Hebra, qui se servaient d'une solution de sublimé corrosif plus ou moins étendue (1).

Peu de temps après, le docteur Ambrosoli, de Milan, essaya le traitement de Scarenzio. Sur 16 malades traités au sifilicôme, en 1864 et 1865, il a obtenu 14 guérisons, dont 3 récidives, et seulement 2 insuccès (2).

Barclay-Hill, en Angleterre, employa les injections de sublimé sur onze individus pris de syphilis constitutionnelle, et chez quatre d'entre eux environ 6 centigrammes du remède produisirent l'hydrargyrie. La quantité de sel employée chaque fois fut d'environ 1 milligramme; alors qu'on outre-passait cette dose, les malades éprouvaient des coliques et de la diarrhée, et l'endroit injecté demeurait douloureux pendant un certain temps ; une seule fois on vit se développer des pustules au niveau de la piqûre (3).

Les docteurs Riccordi et Monteforte, en Italie, répétèrent avec le même succès les expériences de Scarenzio (4).

Dans le plus grand nombre de ceux-ci nous ne connaissons pas les détails qui nous éclaireraient sur la manière dont se présentent les phénomènes locaux par l'emploi du sublimé, car il est constant que si, dans quelques expériences comparatives exécutées à la fin de 1865 par Scarenzio, à sa clinique, avec une dose de sublimé à peu près égale à celle employée par Lewin, plusieurs se passèrent sans accident, dans d'autres, surtout s'il s'agissait de sujets dépérissants et cachectiques, il se produisit des eschares profondes, avec toutes leurs suites nécessaires, tandis que l'effet du calomel (comme des oxydes de mercure adoptés par Ambrosoli) se limite toujours à un abcès circonscrit.

On ne doit pas oublier l'assertion du docteur L. Casati (*Ippocratico*, 1867, p. 467), qui dit connaître un cas où 8 centigrammes de *calomel ad vapor* ayant été injectés sous le panicule adipeux du bras, donnèrent lieu à un abcès phlegmoneux qui survint sur place ; il se joignit une stomatite gangréneuse assez violente, qui mit pendant plusieurs jours la vie de l'opéré en danger. Un tel fait contribue à démontrer la grande activité du calomel appliqué par la voie hypodermique, et la nécessité qu'il y a d'en graduer la dose d'après les circonstances.

---

(1) *Zeissl-Lehrbuch.* Erlanger, 1864.

(2) *Giornale delle mat. ven.* (n° 1).

(3) *Lancet* (mai 1866).

(4) *Giornale delle mat. ven.* (2, 3 et 4).

En Allemagne, Georges Lewin, de Berlin, expérimenta en grand cette méthode de traitement comparée aux autres, et publia un volumineux traité qui ne comprend que des relevés statistiques basés sur sept cents observations.

Nous nous sommes fait traduire ce livre et en voici un résumé fidèle :

La solution adoptée par Lewin, pour les injections hypodermiques, a la formule suivante :

Sublimé corrosif......................	20 centigrammes.
Eau distillée.........................	30 grammes.

Chaque injection de 15 grains (75 centigrammes) contient un huitième de grain de sublimé.

Chez les personnes à peau délicate on ajoute de la morphine et de la glycérine.

Une solution plus concentrée produirait des accidents locaux, et cependant Lewin et ceux qui ont adopté sa solution en ont eu quelques-uns, en petit nombre il est vrai.

La dose de chaque injection au minimum est un huitième de grain de sublimé. La dose maximum est de un quart de grain de sublimé, et dans certains cas d'iritis elle a été dépassée.

Les injections ont été faites principalement au côté latéral de la poitrine, au côté dorsal du bras et dans le dos. Le précepte le meilleur consiste à varier les endroits pour éviter la formation d'abcès.

Avec cette méthode il y eut plusieurs fois des petits accès peu graves ; le nombre a été de 2 à 3 pour 100; mais il en survient plus fréquemment chez les gens cachectiques.

Le nombre des injections a été, sur un nombre de 63 malades, en moyenne 16 par malade.

Une seule injection par jour était faite.

En moyenne, il a fallu à chaque malade trois grains de sublimé pour la guérison.

Le livre de Lewin contient les résumés statistiques suivants :

Sur 144 cas (hommes) il y a eu 51 stomatites mercurielles, soit 35 pour 100.

Sur 556 cas (femmes), 144 stomatites, soit 40 pour 100.

Le traitement a varié suivant diverses séries de malades.

Malades traités par les injections de sublimé exclusivement, 107 cas ; récidives, 24, soit 22 pour 100.

Malades traités par la tisane de salsepareille et par la sudation,

puis par les injections de sublimé, 58 cas; récidives 19, soit 30 pour 100.

Malades traités simultanément par injections de sublimé, tisane de salsepareille et sudation, 24 cas; 7 récidives, soit 33 pour 100.

Malades traités par les injections de sublimé et l'iodure de potassium, 60 cas, 14 récidives, soit 23 pour 100.

Malades traités par injections et chlorure de potassium, 60 cas, 14 récidives, soit 23 pour 100.

En résumé, 356 malades ont été traités par les injections de sublimé, soit seules, soit jointes à d'autres méthodes; il n'y a eu que 89 récidives, soit 25 pour 100.

Avec les méthodes ordinaires les récidives sont au nombre de 81 pour 100.

Enfin Lewin a recherché si l'influence de la salivation existait relativement aux récidives de la syphilis, et il en conclut qu'elle est nulle, sinon nuisible, puisque sur 89 malades traités par des injections de sublimé qui ont eu des récidives, 42, c'est-à-dire près de la moitié, avaient eu la salivation mercurielle.

Lewin termine son ouvrage par les conclusions suivantes :

Avantages des injections hypodermiques de mercure dans la syphilis. — 1° Les phénomènes syphilitiques disparaissent rapidement et la rapidité de la guérison est proportionnelle à la quantité de sublimé injectée quotidiennement.

On peut injecter dans certaines circonstances un demi, et même trois quarts de grain de sublimé par jour en deux injections. C'est ce qui est arrivé pour des cas d'iritis guéris en cinq et sept jours.

Mêmes résultats pour les syphilides rebelles et les affections de la gorge.

2° Sûreté et précision de la méthode basée sur neuf cents cas observés en deux ans et demi.

La méthode convient aussi très-bien à deux formes de syphilis rebelle : exostose et syphilis cérébrale. Lewin cite un cas de syphilis cérébrale guérie par ce mode de traitement.

3° Diminution des récidives, et si les récidives ont lieu les affections qui surviennent sont légères.

4° Facilité de l'exécution.

En France le traitement de la syphilis par cette méthode a peu été usité, et, à notre connaissance, il n'y a qu'un seul médecin, M. Aimé Martin, qui ait publié à ce sujet deux observations à la Société de médecine de Paris. Ces deux faits sont très-intéressants

et très-concluants. Les voici. Il faut observer qu'ils s'adressent à des cas de syphilis tertiaire et rebelle, et M. Martin a employé une préparation autre que le sublimé. En voici le résumé :

M. Martin conseille une solution de 4 centigrammes de biodnre de mercure pour 1 gramme d'eau distillée. Afin de rendre le biiodure solnble, on le mélange à l'iodure de potassium ; on produit ainsi un iodure de mercure et de potassium. Cette préparation n'est pas irritante et présente encore l'avantage de contenir à la fois, et en quantités presque égales, le mercure et l'iodure de potassium, les deux panacées de la syphilis.

Dans un premier cas il s'agit d'un syphilitique qui, depuis deux ans, était atteint de lésions secondaires de la peau et des muqueuses, et qui avait subi sans succès, et à de très-courts intervalles, un certain nombre de traitements différents, ou dn moins de formes différentes du traitement mercuriel interne; il avait pris plus de 300 pilules de proto-iodure sans modification appréciable de son état. Quand M. Martin le vit pour la première fois. le malade était couvert de papules syphilitiqnes, qui occupaient surtout la poitrine, les bras et la partie supérieure du dos. L'alopécie, les papules de la paume des mains et de la plante des pieds, les ulcérations profondes des amygdales, de la langue, des gencives ; les plaques muqueuses de la marge de l'anus et du gland, un engorgement très-marqué des ganglions inguinaux et cervicaux postérieurs et un affaiblissement général prononcé, tels étaient les principaux symptômes observés. Une première injection hypodermique avec un demi gramme du liquide formulé plus haut, fut pratiquée à la partie antérieure de la poitrine, au niveau de la partie moyenne du sternum. Le malade se plaignit pendant quatre à cinq heures d'une simple cuisson, qui ne fut suivie d'aucune réaction inflammatoire. Huit jours après, une amélioration considérable s'était produite dans les symptômes locaux et généraux. Une seconde injection fut faite à 2 centimètres au-dessous du point de la première. Quinze jours après cette nouvelle opération, et sans autre traitement, tous les symptômes énumérés ci-dessus avaient presque complétement disparu. Un traitement tonique put alors rendre rapidement au malade sa santé d'autrefois.

Un second cas est relatif à un jeune homme de vingt-trois ans, atteint depuis six mois d'une syphilis qui ne s'était pas modifiée malgré le traitement interne et quelques frictions mercurielles. Au moment où il se présentait à M. Martin, il était atteint de nombreux

accidents : ulcérations profondes des amygdales et de la langue, plaques muqueuses de la commissure des lèvres, alopécie, croûte dans les cheveux, papules ulcérées dans la barbe, plaques cuivrées de la face palmaire des mains, adénopathies énormes des ganglions cervicaux postérieurs et des ganglions inguinaux, anémie, langueur. Sous l'influence d'une seule injection au biiodure de mercure, pratiquée entre l'épine de l'omoplate et les ganglions cervicaux postérieurs engorgés, tous les accidents disparurent en quelques jours.

Sans renoncer au traitement interne ou aux frictions mercurielles, M. Martin croit que cette méthode est appelée à rendre des services dans la guérison d'une maladie souvent si rebelle. Il est à désirer qu'on l'expérimente et qu'on grossisse ainsi le nombre des faits déjà recueillis.

Enfin nous devons dire que M. Liégeois, chirurgien de l'hôpital du Midi, continue depuis deux ans des expériences qu'il a entreprises sur le traitement par les injections de sublimé. Nous l'avons vu à l'œuvre et il va prochainement publier le résultat de son expérimentation, qui comprend deux cents observations. Nous pouvons dire, sans rien préjuger, que ses résultats sont encore plus beaux que ceux de Lewin, et que la méthode lui a paru dépourvue d'inconvénients. Il faut aussi dire qu'il emploie une solution de sublimé beaucoup moins forte.

Un des élèves de M. Liégeois, Piquand, a publié dans sa thèse inaugurale (68), *Influence de la syphilis des générateurs sur la grossesse*, douze observations recueillies à l'hôpital de Lourcine, et qui ont trait à cette méthode de traitement.

Cependant le sublimé, vu son action chimique sur les tissus (on sait que ce corps se combine avec les tissus et les conserve), a une action irritante, et nous redoutons son introduction sous la peau, surtout quand il faut faire deux injections par jour pendant un ou deux mois, et même plus, comme cela se pratique journellement dans les salles de l'hôpital du Midi. Aussi avons-nous cherché une préparation de mercure soluble et sans action topique sur la peau et les tissus. La solution proposée de M. Aimé Martin était déjà un progrès; mais l'iodure de potassium est irritant pour les tissus, et nous avons demandé conseil à M. Bouilhon, pharmacien distingué, qui, après de nombreuses expériences sur la solubilité des sels de mercure, s'est décidé à adopter l'iodure double de mercure et de sodium. Il y a là un avantage sur la formule de M. Martin, car les

sels de sodium sont sans action sur nos tissus, tandis que les sels de potassium ont une action puissante, puisqu'ils sont classés parmi les poisons musculaires (1).

Nous conseillons donc la solution suivante :

Iodure double de mercure et de sodium.......	1gr,50
Eau distillée..............................	100 grammes.

Chaque gramme de la solution, soit 20 gouttes, contient 1 centigramme, soit 10 milligrammes. Il faut donc débuter par 10 gouttes, soit 5 milligrammes, puis on augmente la dose de 10 gouttes ; alors une injection tous les deux jours.

Depuis la lecture de ce travail à la Société de Thérapeutique, les faits nous ont manqué pour essayer cette méthode de traitement. Deux malades seulement ont été mis au traitement, mais pendant un temps insuffisant et sans résultat. Tout ce que nous pouvons affirmer, c'est que le liquide introduit sous la peau n'a déterminé aucun accident, et au bout de peu de jours on peut doubler la dose.

Nous ne pouvons donc recommander la méthode dont M. Max van Mons s'est fait le rapporteur dans une communication faite à la Société des sciences médicales de Bruxelles ; elle consiste dans les injections sous-cutanées de calomel. Ce que nous avons dit dans le cours de ce travail suffit pour en montrer les dangers (2).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'acide chromique et de son emploi thérapeutique dans quelques affections chirurgicales de la bouche (3) ;

Par le docteur E. Magitot, lauréat de la Faculté et de l'Académie impériale de médecine, etc.

(2e article.)

§ 1. *De l'acide chromique dans la stomatite.*

Dans la stomatite locale, lorsque l'affection n'est point causée et entretenue par la présence d'un corps étranger, comme un débris de

(1) Voir l'article de pharmacie dans ce même numéro.

(2) Voir aussi la lettre de M. Martin sur ce sujet (*Gaz. des hôpit.*, 6 mars 1869.)

(3) Suite et fin ; voir la précédente livraison, p. 264.

racine dentaire, l'acide chromique est très-utile pour réprimer les ulcérations ou fongosités du bord gingival. Un des cas où son emploi sera souvent indiqué est celui où, par suite de l'évolution de la dent de sagesse, la muqueuse de la base du pilier antérieur et celle de la joue deviennent le siége de complications inflammatoires. Plusieurs applications d'acide chromique pourront, même sans excision préalable, amener la réduction de volume des tissus enflammés et leur cicatrisation rapide. Nous ne donnerons pas ici d'observation de ces faits que tous les praticiens pourront facilement constater. Il en est de même des fongosités et végétations diverses qui accompagnent souvent les fistules gingivales produites par la périostite chronique ou l'ostéo-périostite.

Dans la gingivite générale, lorsque l'emploi des cautérisations sera réclamé, nous pensons qu'on doit préférer à tous les caustiques proposés jusqu'à présent l'acide chromique qui, à une action fort énergique, joint une innocuité complète sur les parties voisines du lieu de son application. On sait, en effet, que dans la gingivite on a successivement proposé l'acide chlorhydrique, le nitrate d'argent, la teinture d'iode, l'alun, le sulfate de cuivre, etc. Quelques-uns de ces agents ont, par leur réaction acide, une action destructive puissante sur les tissus dentaires. Nous n'insisterons pas ici sur ces faits qui ont été, de notre part, l'objet d'études spéciales (1). Le nitrate d'argent, caustique très-superficiel, a en outre l'inconvénient de colorer les dents en noir; la teinture d'iode, préconisée dans ces derniers temps, n'a donné entre nos mains que des résultats négatifs : son action nous paraît être également insuffisante et bornée seulement à la couche épithéliale dont il provoque la desquamation partielle.

Ne pouvant publier ici un grand nombre d'observations de gingivites générales guéries par l'acide chromique, nous nous bornerons à donner le récit de l'une d'elles, la plus significative de toutes peut-être, par la comparaison des moyens employés.

Obs. I. Mme X***, d'une bonne santé habituelle, d'un tempérament nerveux, ne présente aucune altération dentaire. Au mois de septembre 1868, elle fut prise d'une inflammation aiguë et généralisée du bord gingival aux deux mâchoires. Toute la bouche était douloureuse, la mastication devint très-difficile; une salivation

(1) *De la salive considérée comme agent de la carie dentaire.* Comptes rendus et mémoires de la Société de biologie, 1866.

abondante se produisit accompagnée d'hémorrhagies fréquentes. Mme X*** consulta son médecin ordinaire, qui dirigea aussitôt contre cet état une médication composée de chlorate de potasse en potions, 4 grammes par jour et des applications successives de nitrate d'argent d'abord, puis de teinture d'iode. Ce dernier moyen fut appliqué pendant une quinzaine de jours. L'alun calciné fut aussi employé par la malade pendant plusieurs jours, matin et soir. Aucun résultat favorable ne se produisit.

Au moment où Mme X*** vint nous consulter envoyée par son médecin, nous trouvons l'état indiqué plus haut : les gencives sont rouges avec un liséré blanchâtre ulcéré couvert de lambeaux décollés d'épithélium ; la muqueuse est séparée de la surface dentaire ; elle saigne au moindre contact. Les dents sont ébranlées ; une douleur constante sourde et générale occupe les deux arcades dentaires ; la mastication est très-douloureuse, presque impossible. La malade ne peut se nourrir que d'aliments mous ou liquides, et l'amaigrissement est déjà notable depuis le début de la maladie.

Nous faisons aussitôt (10 novembre) une application modérée d'acide chromique sous forme d'*eau de déliquescence* au moyen d'une baguette de bois promenée tout le long du bord libre des gencives.

Le surlendemain, une amélioration très-marquée s'est déjà produite ; les douleurs ont sensiblement diminué ainsi que la salivation et les hémorrhagies. Les gencives sont moins rouges et le liséré blanchâtre a disparu sur plusieurs points.

Nous pratiquons une seconde application d'acide chromique, mais cette fois en portant avec la baguette de bois plusieurs cristaux tout le long du bord gingival en soulevant un peu ce bord de la surface des dents, afin de faire pénétrer la substance à sa face postérieure.

Nous prescrivons comme adjuvant l'emploi de pastilles de chlorate de potasse, six pastilles par jour de 25 centigrammes chacune, en recommandant de les laisser fondre dans la bouche au contact des gencives.

Nous répétons deux fois encore la même application d'acide chromique cristallisé, à deux jours d'intervalle. Au bout de ce temps, c'est-à-dire après huit jours de traitement, Mme X*** est complétement guérie : les gencives ont repris leur aspect normal. Les fonctions de la bouche sont complétement rétablies. Nous ne recommandons à la malade, qui quitte Paris, d'autre précaution que de continuer, pendant quelques jours encore, les pastilles de chlorate potasse.

Nous pourrions multiplier ces observations : ce serait sans intérêt, disons seulement qu'il est une espèce de gingivite fréquente et parfois rebelle, la gingivite mercurielle. Le plus souvent, cette gingivite se dissipe soit par la seule cessation du traitement mercuriel, soit par l'emploi du chlorate de potasse. Mais il est certains

cas où, longtemps après tout traitement et malgré le chlorate, la maladie persiste. Nous ne saurions trop recommander dans ces circonstances l'acide chromique, qui nous a toujours donné des résultats très-frappants.

§ 2. *L'acide chromique dans l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire.*

Nous n'entreprendrons pas ici de tracer la description de cette affection ; nous renverrons le lecteur à la monographie que nous en avons publiée (1). Rappelons seulement que cet état est ordinairement très-rebelle et caractérisé par la déviation, l'ébranlement, et, plus tard, la chute des dents, la suppuration alvéolaire, la production d'abcès, de fongosités, de fistules gingivales. La marche de la maladie est essentiellement lente et chronique avec périodes aiguës plus ou moins rapprochées.

Les observations qui suivent donneront d'ailleurs une idée suffisante du caractère de la maladie en même temps que de la marche du traitement.

Obs. II. M. le docteur G***, trente ans, livré à des études scientifiques, mène une vie essentiellement sédentaire. Souffrant depuis plusieurs mois de douleurs névralgiques faciales et surtout maxillaires, il vint nous consulter.

A l'examen de la bouche, nous constatâmes aisément que les névralgies étaient dues à l'existence de trois caries dentaires. Un traitement approprié amena la guérison de ces caries et fit cesser tout à fait les phénomènes névralgiques.

Pendant le cours de ce traitement, nous avions remarqué que les quatre canines présentaient un commencement d'ostéo-périostite qui d'ailleurs avait attiré l'attention de M. G***. Nous observons, en effet, que, sur la partie antérieure du collet de ces quatre dents, la gencive, dans une étendue en surface de quelques millimètres, présente une plaque rouge injectée, parfaitement limitée et très-distincte. Le bord gingival est décollé de la surface dentaire et la pression du doigt sur ce point fait sourdre une petite quantité de pus. Ces phénomènes étant parfaitement exclusifs aux quatre canines à un degré analogue, et le reste des gencives étant normal, nous avons affaire, sans nul doute, à un début d'ostéo-périostite des mieux caractérisés.

Nous faisons une application d'acide chromique déliquescent dans l'alvéole même au moyen d'une baguette de bois plate chargée de la substance. Il s'ensuit quelques sensations de chaleur et de cuisson, d'ailleurs légères.

---

(1) *Archives générales de médecine*, 1867.

Huit jours après, la gencive avait perdu son injection première, elle offrait la coloration normale et était parfaitement recollée à la surface dentaire sans trace de suppuration alvéolaire.

Cette deuxième observation montre combien, au début, la guérison de l'ostéo-périostite est rapide et facile, par la seule intervention d'un moyen local. Nous avons pu recueillir déjà un certain nombre de faits de ce genre. Nous nous bornerons, à cet égard, à ce seul exemple.

Obs. III. M. X***, vingt-huit ans, d'origine russe, a toujours eu une dentition régulière et saine; il jouit d'une excellente santé; aucun antécédent diathésique, syphilitique ou autre; aucun traitement mercuriel.

Il remarqua pour la première fois, il y a environ quatre années, que les dents incisives, aux deux mâchoires, subissaient une certaine déviation; elles se projetaient en avant, de manière à soulever notablement les lèvres, en présentant entre elles un écartement assez prononcé. En même temps elles se découvraient un peu au niveau du collet, se déchaussaient, en un mot, et offraient un ébranlement appréciable. La mastication était devenue un peu douloureuse lorsqu'elle s'exerçait sur la partie antérieure de la bouche, comme dans l'action de mordre le pain, par exemple.

Cet état ayant préoccupé le jeune homme, il consulta à Saint-Pétersbourg plusieurs médecins, qui ne lui conseillèrent d'autre moyen que l'emploi de divers collutoires ou dentifrices à base alcoolique, qui ne produisirent aucun effet.

La maladie continua sa marche, et, au bout de quelque temps, M. X*** constata un nouveau phénomène: la pression du doigt, à la surface des gencives, faisait sortir de l'alvéole une notable quantité de pus. Le malade répétait souvent cette manœuvre, qui amenait toujours le même résultat. Il consulta de nouveau, mais il ne lui fut conseillé encore aucun traitement sérieux; l'emploi seul de certains dentifrices lui fut encore indiqué. Cependant son état n'éprouvait aucune amélioration, et les phénomènes augmentèrent même progressivement, jusqu'à l'époque actuelle où le jeune homme, faisant un voyage en France, vint nous consulter.

Etat actuel, 20 décembre 1866. La maladie est localisée à la partie antérieure des deux arcades dentaires. A la mâchoire inférieure, elle s'étend depuis la canine droite jusqu'à la gauche inclusivement; à la supérieure elle occupe la même région. Au delà de ces limites, les dents et les gencives sont restées saines. Les dents inférieures, notablement plus atteintes que les supérieures, sont aussi plus allongées, inclinées en avant et ébranlées. Une pression un peu forte détermine une faible douleur. Elles sont aussi un peu écartées l'une de l'autre, offrant une disposition en éventail, mais d'ailleurs nullement décolorées et ne présentant aucune trace de tartre à leur collet. La gencive est rouge, déprimée au niveau des

dents malades, relevée dans leurs interstices, ce qui augmente l'apparence festonnée de son bord libre. Ce bord est, dans toute l'étendue de la partie malade, décollé de la surface sous-jacente, de sorte qu'un stylet fin peut pénétrer derrière elle, à quelques millimètres de profondeur dans l'alvéole. Cette petite manœuvre est douloureuse, et la pression du doigt sur la muqueuse détermine la sortie d'une quantité assez considérable d'un pus blanc, épais, crémeux.

A la mâchoire supérieure, la maladie paraît un peu moins avancée ; les dents sont moins dénudées ; la gencive, d'un rouge violacé, est festonnée et comme échancrée au niveau des dents affectées; celles-ci, toutefois, sont moins déviées, à l'exception des incisives centrales, qui ont subi un avancement proportionnel à celui des incisives centrales inférieures. La pression sur les gencives fait sourdre comme en bas une quantité de pus à peu près analogue.

Traitement. — Tous les cinq jours, application d'acide chromique faite d'abord modérément, puis plus largement, afin de couvrir toute l'étendue des parties malades.

Ces applications amènent d'abord une certaine recrudescence inflammatoire apparaissant le lendemain de la cautérisation à l'acide chromique, et durant environ deux jours. Cette légère réaction fait suite à un apaisement qui entraîne une amélioration notable.

Nous joignons à ces applications l'emploi du chlorate de potasse à la dose de 1gr,50 par jour, soit six pastilles à 25 centigrammes chacune, et un verre d'eau de Pullna tous les huit jours.

Au bout d'un mois de traitement, des changements très-notables se sont produits : le bord des gencives est moins rouge, moins décollé; la pression sur les dents n'est plus douloureuse; les hémorrhagies spontanées, qui incommodaient beaucoup le malade pendant la nuit et le matin, ne se produisent presque plus, et l'écoulement purulent est beaucoup moindre.

Le traitement est continué sans modification pendant trois mois encore.

Au bout de ce temps tout phénomène local a disparu complétement, et les dents, tout en conservant la légère déviation qu'elles ont subie, sont redevenues solides, indolentes, et toute suppuration a disparu ; les gencives sont rosées et normales.

Nous conseillons toutefois à M. X***, qui quitte la France, de ne pas cesser tout traitement, et de continuer des applications topiques, alternées de semaine en semaine avec la teinture de cochléaria et un collutoire au chlorate de potasse et quinquina, parties égales.

Cette observation, qui aboutit à une guérison complète en un temps relativement court, a pour objet un cas où la maladie, bien que datant de quatre années, n'était pas arrivée encore à une période très-avancée. On a vu que la lésion était en quelque sorte à

sa période d'état, qu'il n'y avait que peu d'ébranlement, pas d'abcès gingivaux ni de perforations.

Obs. IV. M. B***, quarante-cinq ans, d'un tempérament éminemment sanguin, n'a jamais souffert des dents. Il y a environ une année, il ressentit au niveau de la première grosse molaire supérieure gauche une douleur sourde permanente, qui semblait répondre à la gencive et à la racine de cette dent. Il remarqua en outre que celle-ci subissait tous les mois, à des époques presque régulières, un certain allongement avec sensation douloureuse à la rencontre de la mâchoire opposée. Une suppuration notable s'écoulant de l'alvéole était particulièrement appréciable le matin à la pression du doigt, et les manœuvres de succion donnaient la sensation désagréable d'écoulement fétide.

Des applications d'acide chromique faites au pourtour du collet et dans les interstices dentaires voisins sont renouvelées régulièrement tous les huit jours.

1gr,50 de chlorate de potasse par jour : six pastilles à 25 centigrammes chacune, avec la recommandation de les laisser fondre au contact de la région malade.

Un purgatif salin.

Régime doux, herbacé, frictions sur les gencives avec des quartiers d'oranges.

Sous l'influence de ce traitement, une amélioration progressive se produit, la dent recouvre sa fixité dans son alvéole ; la suppuration se tarit complétement, et la gencive reprend son aspect normal.

Au bout de trois mois M. B*** était absolument guéri.

Nous lui recommandons toutefois de reprendre quelques pastilles et de continuer quelques frictions avec les quartiers d'oranges.

§ 3. *De l'acide chromique dans les affections organiques des gencives.*

Nous avons dit plus haut que l'acide chromique, par son action caustique, était susceptible de réprimer et de détruire les productions de nature organique. Ce fait sera établi par les deux observations suivantes, relatives l'une à un *épulis* de la mâchoire inférieure, l'autre à un cas fort intéressant, et peut-être unique, de *fibromes multiples du bord alvéolaire inférieur.*

Obs. V. *Epulis ou tumeur à myéloplaxes de la mâchoire inférieure.* — M. C***, âgé de cinquante ans, est d'une bonne santé habituelle. Il ne souffre pas ordinairement des dents. Toutefois il fut affecté, il y a environ quinze ans, d'une stomatite aiguë survenue pendant un traitement mercuriel et qui guérit rapidement par l'emploi du chlorate de potasse.

Il y a quatre ans, M. C*** vit se développer au côté droit de l'arcade dentaire inférieure une petite tumeur molle qui prit rapidement un grand développement et qui, au bout de six mois environ, dépassa en hauteur le niveau des dents voisines. Cette tumeur était indolente, ne donnant lieu qu'à des hémorrhagies assez fréquentes et occasionnant une gêne assez grande des mouvements de la bouche et de la joue correspondante.

Le malade ayant consulté son médecin habituel, diverses applications furent faites dans le but d'amener la destruction de la tumeur : l'alun calciné, la teinture d'iode, le nitrate d'argent essayés à cet effet ne produisirent aucun résultat, la tumeur continua à s'étendre, mais moins rapidement cependant.

On proposa à M. C*** d'enlever la tumeur avec le bistouri et d'en cautériser le point d'insertion avec le fer rouge. Le malade accepta l'excision, mais refusa absolument l'emploi du feu. Cette excision fut faite assez profondément, et les choses abandonnées à elles-mêmes amenèrent rapidement le retour de la tumeur avec le même développement.

Au mois de mars 1867, M. C***, envoyé par son médecin, vient nous consulter.

L'état est le suivant :

A la mâchoire inférieure du côté droit, sur le point correspondant à l'interstice de la première petite molaire et de la canine, s'observe une masse molle d'un rouge foncé, sphérique et du volume d'une petite noix; elle soulève la lèvre inférieure de manière à figurer extérieurement une petite fluxion. Dans son développement en hauteur, elle est arrivée à dépasser de 1 centimètre environ le niveau des dents contiguës, et les supérieures correspondantes ont produit leur empreinte à la face postérieure de la masse ; les petites molaires inférieures et la canine sont notablement déviées de leur direction normale et rejetées en dedans. La surface de la tumeur, un peu mamelonnée, est lisse et couverte de la muqueuse avec son épithélium. Les parties voisines des gencives sont à peu près saines, un peu congestionnées cependant par suite de l'accumulation considérable de tartre provoquée par l'inaction du côté correspondant.

10 mars. Nous pratiquons immédiatement l'ablation de la masse au moyen d'une incision en V au sommet inférieur circonscrivant toute l'étendue de la base adhérente et pénétrant jusqu'au bord osseux alvéolaire.

L'hémorrhagie assez abondante qui suit cette excision est arrêtée par des applications de perchlorure de fer.

La masse enlevée fut examinée au point de vue de sa constitution anatomique; une coupe pratiquée au travers de la tumeur montre un tissu mou, vasculaire, d'un rouge brun uniforme. L'examen microscopique démontre que les éléments qui le composent sont des plaques à noyaux multiples ou *myéloplaxes*, texture ordinaire des tumeurs de la gencive nommées *épulis*.

12 mai. Nous pratiquons sur le point d'insertion de la masse

une première application d'acide chromique monohydraté, et afin de maintenir le caustique pendant un temps suffisant à la surface de la plaie, nous appliquons entre la lèvre et la gencive une bande d'ouate, recommandant au malade une immobilité de plusieurs minutes. Cette application n'est suivie d'aucune douleur.

Pendant quatre semaines nous renouvelons cette application tous les six jours environ, les trois dernières faites avec l'acide chromique solide, c'est-à-dire en promenant à la surface de la plaie plusieurs fragments de cristaux de l'acide.

Au bout de ce temps nous abandonnons les choses à elles-mêmes. La gencive présente alors l'aspect suivant : A la place qu'occupait la tumeur, la gencive offre une grande dépression couverte de bourgeons charnus, donnant l'apparence d'une plaie de bonne nature.

Au bout de quinze jours la cicatrisation était complète, et la seule trace de l'affection est la légère déviation des deux dents voisines.

Au mois de décembre 1868, c'est-à-dire dix-huit mois après l'opération, M. C*** me fait savoir qu'il est resté complétement guéri, sans aucune apparence de récidive.

Cette observation nous semble très-significative. On sait, en effet, avec quelle rapidité reparaissent les productions myéloïdes des bords alvéolaires qui ont leur point d'origine sur le périoste osseux ou le périoste dentaire, parfois même dans le tissu osseux lui-même. Leur excision doit toujours être suivie de l'emploi de certains moyens destinés à éviter cette reproduction. Parmi ces moyens, le cautère actuel est le plus ordinairement employé, et, à vrai dire, avec des résultats favorables à peu près constants. Dans le fait que nous rapportons, l'acide chromique substitué à cette pratique a procuré une guérison aussi complète, avec les avantages de ne provoquer aucune douleur et de ne causer aucun effroi au malade, qui avait déclaré ne point se soumettre à l'emploi du feu.

Obs. VI. *Fibromes multiples du bord alvéolaire inférieur guéris par l'excision suivie de cautérisations répétées avec l'acide chromique.* — Mme B***, âgée de quarante-six ans, est encore menstruée régulièrement ; elle est d'une bonne santé habituelle. Elle ne souffre pas ordinairement des dents, bien qu'elle en ait perdu un certain nombre, mais à une époque déjà éloignée.

Il y a sept ou huit ans, Mme B*** commença à remarquer qu'autour d'une grosse molaire inférieure gauche, d'ailleurs saine en apparence, il s'était produit une tuméfaction de la gencive, qui ne s'accompagna d'aucune sensation quelconque.

Environ une année après ce début, une masse analogue se produisit autour de la deuxième petite molaire du même côté. Cette petite molaire était séparée de la grosse molaire par un intervalle

vide depuis longtemps par suite d'extractions, et d'ailleurs entièrement dépourvue d'aucune altération.

Peu après, et environ dans l'espace d'une autre année, trois tuméfactions semblables se produisirent au côté droit de la même mâchoire, toujours avec la même indolence. Ces trois masses occupaient, l'une le pourtour d'une grosse molaire, l'autre le voisinage de la première petite molaire droite; la troisième siégeait auprès de débris de la première grosse molaire interposés aux deux masses précédentes.

Ces productions, d'abord stationnaires comme volume pendant trois ou quatre années, prirent depuis cette époque un développement assez considérable pour gêner les mouvements et les fonctions de la bouche et produire sous les joues des saillies visibles extérieurement.

Au mois de juillet 1868, Mme B***, qui habite Montmorency, fut consulter M. le professeur Verneuil, qui nous adressa la malade.

Nous constatons l'état suivant :

Les deux masses de gauche ont le siége que nous avons indiqué ; leur volume est environ celui d'une grosse noix ; elles sont dures, rénitentes, d'une coloration blanchâtre et recouvertes de la muqueuse lisse et polie. La surface est mamelonnée. La masse placée au fond de la bouche dépasse, par son développement en hauteur, le niveau de la couronne de la grosse molaire, qui semble enfoncée au centre de la tumeur. Cette dent est toutefois assez ébranlée.

La seconde masse de gauche est également mamelonnée et semble avoir pris son développement au dehors ; elle se dirige vers la face interne de la joue.

Des trois tumeurs de droite celle du fond est la plus volumineuse ; elle représente encore le volume d'une forte noix. Les deux autres sont à peu près du volume d'une noisette. Nous constatons, en outre, la présence de deux autres petites tumeurs qui ont absolument les mêmes apparences et qui siégent en avant des canines inférieures ; elles ont le volume d'un pois.

A la mâchoire supérieure il n'y a aucune altération analogue.

Le siége particulier de ces productions, au voisinage des dents, nous fait supposer que celles-ci ne sont point étrangères à la maladie ; nous sommes même porté à croire que le périoste pourrait être le siége primitif du mal ; c'était d'ailleurs l'opinion de M. Verneuil. On verra par les détails du traitement que les productions devaient plutôt être attribuées au bord gingival lui-même.

Dans notre première hypothèse, nous conseillons et pratiquons immédiatement l'extraction de la grosse molaire gauche, centre de la tumeur.

Cette opération entraîne au dehors de l'alvéole la dent sans difficulté ; mais celle-ci reste adhérente à la masse de la tumeur, qui se déchire, et dont un lambeau reste attaché à la racine. Nous achevons l'avulsion en sectionnant les adhérences et en enlevant en même temps avec le bistouri une portion assez étendue de la tumeur.

L'examen de la pièce nous montre, en effet, une adhérence intime des tissus morbides à la membrane périostale de la racine. Quant à l'examen microscopique, il nous révèle la constitution particulière aux tumeurs fibreuses proprement dites : trame cellulaire serrée avec interposition de noyaux et corps fusiformes fibro-plastiques. Le tissu est en outre assez vasculaire, mais ne présente que de rares tubes nerveux.

Cinq jours après cette première avulsion, nous faisons dans la cavité qui occupe le centre de la masse restante une application d'acide chromique monohydraté. Huit jours après nous revoyons la malade, qui nous apprend qu'elle n'a éprouvé de cette première application qu'une douleur faible, plutôt de la gêne et de l'embarras de la bouche à la suite de la production de l'eschare. Nous renouvelons quatre fois encore la cautérisation en faisant les deux dernières avec l'acide chromique solide, et, au bout d'un mois et demi, ce point est entièrement guéri.

La deuxième masse morbide de gauche, celle qui entoure la petite molaire, est traitée directement par l'acide chromique, sans extraction de la dent. Les cautérisations sont faites au niveau du collet de celle-ci et de manière à pénétrer, par la face profonde du bord gingival, au centre de la tumeur. Au bout d'environ deux mois, et concurremment avec le traitement des autres points de la bouche, la tumeur est complétement affaissée ; la dent n'a rien perdu ni de sa physionomie ni de sa solidité.

Des trois tumeurs de droite, l'une, celle qui entourait des débris de racines, a été cautérisée avec l'acide chromique après ablation de ces débris ; la seconde, celle du fond de la bouche, la plus volumineuse, avait pour centre une dent déviée et ébranlée, qui ne pouvait non plus être conservée ; son extraction eut lieu.

La troisième masse fut traitée, comme sa parallèle du côté opposé, par l'emploi seul des cautérisations ; les deux petites masses avoisinant les canines furent excisées et leur pédicule cautérisé à plusieurs reprises.

Au bout de quatre mois environ de traitement par des applications d'acide chromique solide ou monohydraté, répétées tous les six ou huit jours, Mme B*** était entièrement guérie, sans que le traitement ait présenté aucune complication ni aucun accident.

Nous avons revu au mois de janvier dernier Mme B***, aucune trace de la maladie n'a reparu.

De l'ensemble des faits et considérations qui précèdent, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° L'acide chromique, par son action modificative et destructive énergique, peut, en raison du peu de douleur qu'il provoque, être regardé comme l'un des agents les plus propres à la cautérisation des muqueuses gingivale et buccale ;

2° Il paraît devoir être préféré à tous les autres moyens connus

jusqu'à ce jour dans la thérapeutique des diverses formes de gingivite, chronique, ulcéreuse, ulcéro-membraneuse, etc. ;

3° Il doit être regardé comme le caustique par excellence dans le traitement de *l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire* ;

4° Dans le cas où l'on se proposerait la destruction des productions organiques de la muqueuse buccale, il peut, combiné ou non avec l'emploi du bistouri, être préféré au cautère actuel et aux autres caustiques profonds, en raison de la simplicité et de l'innocuité de son application.

CHIMIE ET PHARMACIE

Formule d'une solution contenant un sel de mercure soluble et sans action sur les tissus pour emploi hypodermique.

A Monsieur le Rédacteur en chef du Bulletin de Thérapeutique.

Vous m'aviez exprimé le désir de vous livrer à quelques expériences sur les injections hypodermiques des sels de mercure.

La difficulté consistait à trouver un composé mercuriel qui n'agit pas comme caustique et soluble dans l'eau sans décomposition. Le bichlorure ne pouvait convenir ; il se combine immédiatement avec les tissus, et il était à craindre que cette combinaison ne jouât le rôle d'un corps étranger plus ou moins inerte. Ses sels à acides végétaux, quoique assez solubles, présentent l'inconvénient de se décomposer au contact de l'eau en sels acides solubles et en sels basiques qui se précipitent. Après un assez grand nombre d'essais, je me suis arrêté à l'iodure double de mercure et de sodium.

Ce sel remplit parfaitement le but ; il n'introduit dans l'économie que la substance active, combinée avec une petite quantité d'un sel de soude, qui sera nécessairement mieux toléré qu'un sel de potasse. Le biiodure de mercure formant trois combinaisons différentes avec l'iodure de sodium, il est utile d'entrer dans quelques développements à ce sujet. Si on sature de biiodure de mercure une solution bouillante d'iodure de sodium, la liqueur contiendra un iodure double ayant pour formule 3HgI.NaI. Ce corps est instable, car par le refroidissement il se dépose du biiodure de mercure ; si on concentre la solution, il cristallise des aiguilles jaunes d'un iodure

double ayant pour formule 2HgI.NaI. Cet iodure se dissout dans une petite quantité d'eau, mais en augmentant la masse de liquide, il est décomposé; il se dépose du biiodure de mercure, et il reste finalement dans la liqueur le composé HgI.NaI.

Ce dernier est soluble dans l'eau sans décomposition, déliquescent; à l'état hydraté il est jaune, desséché il devient d'un rouge vif. Abstraction faite des dernières décimales, il contient 60 pour 100 de biiodure de mercure et 40 pour 100 d'iodure de sodium.

Sa préparation est des plus simples. On place dans une capsule de l'iodure de sodium avec quatre à cinq fois son poids d'eau distillée, on sature cette dissolution à l'ébullition par du biiodure de mercure; ce terme atteint, on ajoute à la liqueur environ vingt fois son poids d'eau distillée froide. Il se précipite du biiodure de mercure, et il reste en dissolution le composé HgI.NaI, puisqu'il est indécomposable par l'eau. On filtre pour séparer le biiodure de mercure précipité, et on évapore la liqueur à siccité.

Le sel, aussitôt obtenu, est immédiatement renfermé dans des flacons à l'émeri dont le goulot a été paraffiné.

La solution que je vous remets pour vos expériences est au titre suivant :

Iodure double de mercure et de sodium (HgI.NaI).	1gr,66
Eau distillée................................	100 grammmes.

1 gramme, ou environ 20 gouttes de cette solution, renferme 1 centigramme de biiodure de mercure. Les injections doivent être pratiquées à l'aide d'une seringue en *argent pur*.

L'emploi de ce sel ne doit pas se borner aux injections hypodermiques.

On prescrit assez souvent le biiodure de mercure sous la forme soluble; dans ce cas on le dissout à la faveur d'un iodure alcalin; l'habitude fait employer l'iodure de potassium, et dans la crainte de ne pas assurer la complète dissolution du composé mercuriel, on outre-passe de beaucoup la dose nécessaire.

Il en résulte un médicament ayant la saveur du sel de mercure, mais en plus la saveur piquante et désagréable des sels de potasse.

Il est donc rationnel de supposer qu'en employant l'iodure de mercure et de sodium, l'estomac supportera plus facilement un médicament pris avec moins de répulsion, et surtout ne contenant pas de sels de potasse.

Ed. Bouilhon,
Pharmacien.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Angine laryngée œdémateuse. Trachéotomie. Guérison.

Dans certains cas d'angine laryngée œdémateuse, après avoir tenté les différents moyens que la thérapeutique médicale met à notre disposition, nous nous voyons quelquefois obligés de pratiquer la trachéotomie, sous peine de voir succomber notre malade en proie à l'asphyxie. J'ai eu dernièrement occasion d'observer un fait semblable pour lequel j'ai dû opérer.

Il s'agit d'un enfant de cinq ans nommé Léopold C***, demeurant à Saumur, d'un tempérament lymphatique, et atteint depuis quelques jours d'un mal de gorge pour lequel un confrère l'avait traité.

Lorsque je vis cet enfant, le 24 novembre 1868, je lui trouvai de la fièvre et de la rougeur de toute la paroi postérieure du pharynx, ainsi que des piliers du voile du palais et des amygdales ; la langue était saburrale, l'appétit nul. Je prescrivis un vomitif, le repos au lit et des boissons mucilagineuses tièdes.

L'enfant n'a jamais eu d'autre maladie qu'une entérite dont il a parfaitement guéri. Rien à l'examen ne pouvait me faire supposer que la maladie ne se terminerait pas au bout de quelques jours.

Dans la nuit du 24 au 25 novembre le père vint me chercher en toute hâte, son enfant ayant, disait-il, le croup et étant pris d'accès de suffocation.

Je le trouvai en effet en proie à une dyspnée excessive, la tête renversée en arrière, la face livide, les yeux larmoyants, toute la peau ruisselante de sueur. Ce fut avec beaucoup de peine que je pus examiner la gorge de l'enfant, qui, du reste, ne présentait au regard aucune différence avec ce que j'avais observé dans la matinée. Je fis appliquer un sinapisme à chaque jambe, et après trois quarts d'heure environ d'un semblable état, la respiration s'opéra plus facilement ; cependant, durant l'inspiration, on percevait un bruit laryngo-trachéal qui était très-prononcé et s'entendait à distance. Je pensai que j'avais affaire à un spasme de la glotte ou à une angine laryngée œdémateuse ; mais l'impossibilité de faire un examen complet, et surtout de porter le doigt dans l'arrière-gorge, afin d'y constater l'œdème des replis aryténo-épiglottiques et de l'épiglotte, ne me permit pas de vérifier mon diagnostic et d'agir si j'avais réellement affaire à une angine laryngée œdémateuse.

Le lendemain matin, 25 novembre, l'enfant était pâle, abattu, fatigué, la voix éteinte; la respiration s'opérait difficilement, surtout dans l'inspiration.

Dans la journée il joua avec son petit frère, lorsque le soir il fut repris de deux nouveaux accès; le père aussitôt, comme je le lui avais recommandé, lui appliqua les sinapismes aux jambes et lui administra un vomitif. Tout rentra alors dans l'ordre précédent.

Le 26 il joua comme de coutume dans sa chambre et fut pris de nouveaux accès dans la journée; il en fut de même dans la nuit du 26 au 27. A partir de ce moment les accès de suffocation devinrent de plus en plus fréquents; il ne voulut plus prendre aucune nourriture ni aucune boisson, se plaignant sans cesse de la tête et de la gorge surtout.

Le 27, au soir, les accès étaient continus; l'enfant était dans un état d'agitation extrême, jetant à terre les objets qui se trouvaient sous sa main, déchirant ses vêtements et se pressant le cou comme pour en arracher quelque chose qui le suffoquait. Mon diagnostic fut alors positif: angine laryngée œdémateuse. Je fis entrevoir à la famille que je me trouvais en présence d'une mort certaine et peu éloignée, et qu'il fallait pour sauver leur enfant pratiquer une opération : la trachéotomie.

Je voulus avant cela avoir l'avis d'un confrère; ce fut le docteur Rousseau qui fut appelé et qui se rendit à mon opinion. Dès lors la famille nous abandonna son enfant et nous laissa faire ce que nous voudrions. Aidé de mon confrère, je pratiquai donc aussitôt la trachéotomie; il était neuf heures du soir. L'opération fut assez laborieuse, cependant je la conduisis à bonne fin.

A partir de ce moment il n'y eut plus de suffocation, et l'enfant, quoique ayant perdu une assez grande quantité de sang, dormit paisiblement pendant la majeure partie de la nuit.

Le 28 novembre, au matin, nous allâmes le voir, et nous le trouvâmes dans un état assez satisfaisant; le pouls était fréquent, 115 pulsations par minute; la respiration était bonne, la face pâle; il y avait de plus de la toux, mais sans aucun râle dans la poitrine.

Le soir, même état que le matin.

Le 29, notre petit malade a été très-agité pendant la nuit et n'a pas dormi; il est du reste très-abattu; le pouls bat 130, la toux persiste. Alimentation légère, bouillon, eau vineuse, telle est notre prescription.

Le soir, mieux notable, soif vive, pouls 120.

Le 30 novembre, le mieux persiste; la toux existe encore, mais plus forte que la veille. Il sort une très-grande quantité de mucosités par la canule; râles sibilants et ronflants dans les deux poumons.

Le 1er décembre, les mucosités sortent encore en abondance, et autour de la canule il existe une rougeur phlegmoneuse qui fait beaucoup souffrir l'enfant. Il se plaint également de la gorge, où nous constatons en effet l'amygdale droite beaucoup plus gonflée que les jours précédents. La fièvre persiste, ainsi que les râles sibilants et ronflants. Nous faisons appliquer sur la rougeur qui existe au cou, au pourtour de la canule, des linges imbibés d'eau de guimauve tiède, et nous donnons à prendre toutes les deux heures une cuillerée à bouche d'une potion contenant 2 grammes d'alcoolature d'aconit pour 120 grammes de julep gommeux.

Le 2 décembre, mieux notable, quelques accès de toux, moins fréquents que précédemment, fièvre moins intense. Nourriture légère, bouillons, potages et œuf à la coque. Potion à l'aconit comme la veille.

Le 3 décembre, continuation du mieux. Même prescription.

Le 5 décembre, l'enfant est levé. Absence de fièvre.

Le 6 décembre, nous cherchons à enlever la canule, mais aussitôt l'enfant est repris d'accès de dyspnée analogues à ceux qu'il avait lorsque nous pratiquâmes l'opération. Nous sommes obligés de la replacer aussitôt.

Le 13 décembre, l'enfant est très-gai et joue comme s'il n'avait pas de canule. Impossibilité de laisser la canule enlevée.

Le 21 décembre, mêmes difficultés.

Le 12 janvier 1869, toutes mes tentatives pour enlever la canule étant devenues infructueuses, je fais construire une canule à clapet, ou plutôt à soupape, différente un peu de la canule à clapet de M. le professeur Broca. Le clapet, ou soupape, est fixé par sa partie supérieure à une vis que l'on peut faire avancer ou reculer à volonté, suivant que l'on veut donner un courant d'air plus ou moins abondant ou que l'on veut obstruer complétement la canule; il existe, de plus, sur la convexité des deux canules emboîtées l'une dans l'autre, deux ouvertures elliptiques correspondantes, comme dans la canule de M. Chassaignac, et destinées au passage de l'air inspiré et expiré. Je fixe cette canule dans l'ouverture de la trachée et je la ferme graduellement les jours suivants en tournant la vis qui maintient la soupape; j'arrive ainsi à l'obstruer complétement le 20 janvier. Dès lors, l'enfant parle librement, ce qu'il n'avait pu

taire jusqu'à ce jour sans introduire son doigt dans le bout de la canule ; il respire de plus très-facilement.

Le 28 janvier il est pris d'une bronchite assez intense qui me force à ouvrir la soupape de la canule.

Ce ne fut que le 20 février que je pus la refermer de nouveau.

Le 1er mars, après avoir enlevé la canule, je touche les bords de la plaie avec un crayon de nitrate d'argent, de manière à exciter la production des bourgeons charnus. Cela fait, je rapproche les deux lèvres de la plaie à l'aide de bandelettes de taffetas d'Angleterre que j'imbrique les unes sur les autres et qui ferment complétement l'ouverture de la trachée.

Le 4 mars, j'enlève les bandelettes et je trouve la plaie complétement cicatrisée, sauf à la partie supérieure, où il existe une petite croûte encore adhérente au tissu cicatriciel. Je replace alors à ce niveau du taffetas coupé en croix de Malte, que je n'enlève que le 6 mars.

Aujourd'hui la plaie est complétement fermée et l'enfant est dans l'état le plus satisfaisant possible. Dr G. Bouchard (de Saumur),
Ancien interne des hôpitaux.

BIBLIOGRAPHIE.

Etude critique des diverses médications employées contre le diabète sucré, par le docteur Paul Brouardel (1) (Thèse d'agrégation) 1869.

Parmi les sujets de thèse qui ont été donnés par le jury au dernier concours de l'agrégation en médecine, il en est un principalement qui doit intéresser les lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique ;* le titre seul suffit pour attirer l'attention : *Etude critique des diverses médications employées contre le diabète sucré.*

Au premier abord la question ainsi posée apparaît comme un beau sujet de thérapeutique, mais après quelques réflexions les difficultés se montrent, et elles sont nombreuses. Le diabète, en effet, n'est pas une maladie classique comme la pneumonie, le rhumatisme ; et la science n'a pu encore tracer sa physionomie propre. Ses causes nous sont inconnues ; sa nature nous échappe presque

(1) Asselin, éditeur. Prix : 4 francs.

complétement, et la thérapeutique est à peu près insuffisante à son égard. Bien que connu depuis l'antiquité, confondu il est vrai avec la polyurie, le diabète n'a été bien étudié qu'au milieu de ce siècle, et il est juste de rendre hommage aux travaux de Bouchardat, qui le premier a abordé la question avec des vues physiologiques et pratiques.

Si l'on recherche dans les anciens auteurs des documents sur les médications du diabète, on se trouve en présence d'une polypharmacie étrange, bizarre, composée d'agents divers de la matière médicale qu'on est fort surpris de voir associés. Il n'est peut-être pas un médicament, quelque irrationnel qu'il paraisse, qui n'ait été proposé dans le traitement du diabète en vertu d'une idée théorique quelconque enfantée par le cerveau des médecins naturistes, humoristes et solidistes. Même dans les temps modernes, quand on étudie la valeur des médications appliquées dans le diabète sucré, on est frappé par ce fait que toujours le médecin a été singulièrement dominé par la théorie qu'il a acceptée relativement à la pathogénie de cette affection. Tandis que pour les autres maladies les indications thérapeutiques sont tirées surtout de l'état général du malade, des causes présumées de la maladie, de sa marche et de ses complications, ici presque toujours la médication est instituée en vertu d'une doctrine fondée sur les idées théoriques actuellement en vogue, d'où une thérapeutique spéciale. Il est aussi remarquable de constater que si la plupart des théories successivement émises ont croulé, en revanche les méthodes thérapeutiques ont persisté sinon en totalité, du moins en partie. La question du diabète est donc encore aujourd'hui confuse, indécise, nullement résolue, et nous allons montrer comment le candidat a pu s'en tirer, nous le pouvons dire, à son honneur.

Le plan suivi par l'auteur est simple et facile à saisir. Après avoir exposé en quelques pages les théories diverses qui ont donné naissance aux principales médications du diabète, et après avoir bien établi que le diabétique est un être à part dans la série pathologique, qui digère, respire, sécrète autrement qu'à l'état normal, et vit en un mot d'une façon tout artificielle qui n'est pas incompatible avec un état suffisant de santé pour prolonger l'existence, M. Brouardel aborde la classification des médications diabétiques.

La série des nombreux agents et moyens employés contre le diabète comprend quatre médications.

La première classe est destinée à empêcher l'introduction du

sucre dans l'économie, et se compose surtout du régime alimentaire. Elle repose tout entière sur les travaux de Bouchardat.

La seconde classe comprend les médicaments qui ont pour objet d'empêcher la formation du sucre sous l'influence des troubles de l'innervation (diabètes traumatiques).

La troisième comprend les indications destinées à faciliter la destruction du principe nocif formé par le sucre et à favoriser son élimination. Elle comprend les médications alcalines, celles dites *oxydantes*, l'exercice musculaire, la marche, la gymnastique, les inhalations d'oxygène, etc.

Enfin une dernière classe comprend les indications spéciales auxquelles le médecin doit s'adresser suivant la forme de la maladie et la constitution des malades.

Quelque artificielle que soit cette division, comme l'est forcément toute classification, on ne peut méconnaître qu'elle repose à la fois sur la physiologie, sur la clinique et sur l'expérience thérapeutique.

Nous ne chercherons pas à faire la revue de toutes ces médications, nous nous attacherons seulement à celles qui nous paraissent fondamentales et qui reposent sur les découvertes modernes.

Partons d'abord de ce principe que, si le diabète est curable, aucune médication ne peut le guérir exclusivement, et on n'arrive à ce résultat que par un traitement complexe, plutôt hygiénique et diététique que médicamenteux.

Une des bases de ce traitement est fondée sur le régime alimentaire tel que l'a formulé Bouchardat. On trouvera dans le travail que nous analysons un résumé complet du régime auquel doivent être soumis les diabétiques, tel qu'il résulte des nombreux travaux de Bouchardat, qui ne comprennent pas moins de onze mémoires disséminés dans la collection de l'*Annuaire de thérapeutique* du professeur, et nos confrères consulteront avec fruit pour leurs malades en traitement la carte si complète des aliments permis d'après Bouchardat ; elle se trouve en appendice à la fin de la thèse. Le principe de cette nouvelle alimentation est la suppression des féculents et une nourriture exclusive avec des substances qui ne se transforment pas en sucre, la viande, par exemple. Il faut bien savoir que les diabétiques rendent du sucre malgré l'emploi d'un régime exclusivement azoté, et nous croyons bon de rappeler ici l'évolution de la maladie diabétique telle que Jaccoud l'a for-

mulée(1) : « Durant la première période le diabétique forme son sucre avec les aliments féculents; l'aberration nutritive ne porte que sur l'évolution organique des matières amylacées. Plus tard, à la seconde phase de la maladie, l'aberration dévie également l'évolution des matières azotées ; le malade en emploie la plus grande partie à former la glycose; si la polyphagie permet alors de réparer les pertes, le diabétique peut rester gras ou ne subir qu'une médiocre déchéance; le budget organique est encore en équilibre, mais c'est un équilibre artificiel. A la troisième période l'équilibre est rompu, le malade emploie ses aliments et sa propre substance à faire du sucre et de l'urée en excès; la dépense l'emporte sur la recette ; la consomption apparaît, le diabète gras devient un diabète maigre. » D'où cette conclusion thérapeutique, qu'il arrive une période où le régime alimentaire est insuffisant, et qu'il faut leur joindre l'exercice musculaire, et alors permettre au malade une certaine quantité de féculents. En somme, le grand point est de nourrir le diabétique. Pour cela, il ne faut pas établir un régime intolérable, il faut concilier, dans les limites du possible, l'hygiène alimentaire et le goût du malade. Avant tout il faut qu'il ne perde pas en poids; c'est par là que l'on jugera de la valeur du régime institué.

Après l'alimentation deux méthodes doivent jouer un rôle important dans le traitement du diabète, ce sont la médication alcaline et l'exercice musculaire. Le lecteur trouvera dans cette partie du travail tout ce qui lui est utile de savoir sur l'emploi des alcalins et des eaux alcalines dans le traitement du diabète, et cette méthode est encore très-usitée malgré le peu de succès de la théorie de son inventeur, M. Mialhe, qui n'en a pas moins rendu service à la science, et l'usage annuel des eaux de Vichy doit être conseillé chez les malades à la condition qu'ils suivent à ce séjour un régime approprié, et surtout qu'ils ne fassent pas excès de boissons thermales. L'action de la médication thermale à Vichy peut se résumer de la façon suivante : excitation produite sur l'ensemble de l'économie, diminution de tous les symptômes morbides et amélioration de l'état général.

L'exercice musculaire ne saurait être trop recommandé aux diabétiques, et il faut qu'ils sachent que dans cette pratique ils trouveront plus sûrement une guérison certaine que dans toute autre médica-

(1) Leçons cliniques de la Charité.

tion. Les expériences les plus récentes prouvent que le travail des muscles se fait surtout aux dépens des matières non azotées que l'alimentation fournit ; le sucre en nature ou les substances amylacées qui le produisent peuvent donc se détruire avec grand profit pour le diabétique et s'utiliser dans la production du travail musculaire. Des malades dont la cause résidait évidemment dans une vie très-sédentaire ont été guéris radicalement par l'exercice musculaire. Nous pouvons citer un médecin de notre connaissance qui s'est guéri par la marche prolongée continuée suffisamment.

Nous pouvons donc, en partageant les opinions de l'auteur, résumer ainsi les conclusions de son travail : il n'existe pas de traitement du diabète, et de toutes les médications successivement étudiées il n'en est pas une qui ne puisse s'appliquer à un malade donné ; la multiplicité des causes et des formes de cette maladie produit justement cet effet que des causes multiples en amènent la guérison.

Cette thèse est minutieusement faite et très-complète ; l'auteur s'est acquitté de la tâche qui lui était imposée avec conscience ; du reste les juges l'ont prouvé en récompensant par la nomination et la thèse et l'ensemble des épreuves du concours ; nous sommes heureux de pouvoir joindre nos félicitations à celles que M. Brouardel a déjà reçues.

F. Bricheteau.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

De la réduction des hernies étranglées par la pulvérisation de l'éther. A plusieurs reprises (1) nous avons reproduit d'après les journaux anglais quelques cas d'hernies qui avaient été facilement réduites par la projection d'un jet d'éther pulvérisé. Aucun essai de ce genre n'a été fait en France; aussi nous sommes heureux de voir un nouveau recueil auquel nous souhaitons la bienvenue, le *Marseille médical*, contenir entre autres communications importantes un mémoire de M. Chavernac, chirurgien en chef de l'hôpital d'Aix, ayant pour titre : *D'une méthode encore peu connue pour la réduction des hernies étranglées.*

M. Demarquay qui fit publier en 1866 un travail sur les effets de l'anesthésie locale par la pulvérisation de l'éther, a pu constater que dans la herniotomie, comme dans toutes les opérations qui se font à la superficie du corps, l'anesthésie locale a l'avantage d'insensibiliser les tissus sans qu'il en résulte aucun péril pour les malades. Mais l'habile chirurgien de la maison municipale de santé n'a pas demandé plus à la pulvérisation de l'éther, tandis que M. Chavernac s'est proposé de mettre à profit tout à la fois l'action anesthésique et l'action réfrigé-

(1) *Bull. de Thérap.*, t. LXXIII ; *Idem.*, t. LXXI.

rante de cet agent, pour réduire la hernie étranglée sans opération.

Des faits au nombre de sept à huit qu'il rapporte l'auteur tire en effet les conclusions suivantes :

La vapeur d'éther est d'abord anesthésique et, par cette propriété, on peut pratiquer le taxis sans faire éprouver au malade de trop grandes douleurs, ceux-ci n'accusant qu'une sensation désagréable de cuisson dans les parties en contact avec l'éther. De plus, et c'est là le point sur lequel M. Chavernac croit devoir insister spécialement, l'éther agit surtout comme réfrigérant. Sa pulvérisation produit effectivement sur la tumeur un refroidissement intense, beaucoup plus considérable que celui que l'on obtient en laissant couler l'éther sur la hernie. Or cette réfrigération soudaine, en abaissant rapidement la température du contenu, amène une brusque condensation des gaz renfermés dans l'entérocèle étranglée (1). De là, diminution du volume de la tumeur et de son pédicule, d'où possibilité plus grande de la faire rentrer dans son domicile naturel à travers le canal qui lui avait servi de viaduc.

Les effets de l'éther pulvérisé sont bien autrement efficaces que ceux de la glace, d'abord parce que les vapeurs de l'éther sont en contact avec toutes les parties de la tumeur, et en outre parce que la glace ne produit que lentement un froid de 0 degré à 4 degrés, tandis qu'en moins d'une minute l'éther *rectifié* donne un abaissement de 15 degrés. Il faut savoir néanmoins que ces effets ne se manifestent pas toujours immédiatement, ce qui tient à la chaleur, à la tension des parties, etc. Aussi ne faut-il pas désespérer à la première tentative. On est quelquefois obligé de revenir deux ou trois fois à la pulvérisation.

Pour pratiquer celle-ci, M. Chavernac se sert d'un appareil qu'il ne décrit pas. Nous croyons que celui de M. Demarquay, qui se fabrique chez Galante, réunit toutes les qualités d'un bon pulvérisateur. L'appareil chargé d'éther *rectifié*, le chirurgien procède au taxis, pendant qu'un aide lance le jet de liquide pulvérisé sur la tumeur et principalement sur le pédicule de la hernie. (*Marseille médical.*)

(1) L'expérience a montré, et cela devait être, que dans l'épiplocèle la réfrigération reste sans effet.

(*Note du Rédacteur.*)

De la podophylline et de ses effets. Nous empruntons quelques détails intéressants sur la podophylline à une note clinique publiée par le docteur Pietro da Venezia, qui a expérimenté cette substance sur lui-même et sur un certain nombre de malades. La podophylline, extraite, comme on sait, de la racine du *podophyllum peltatum* (Berbéridées) a été employé d'abord par les médecins américains contre la constipation et les maladies du foie.

Les étrangers emploient la podophylline presque toujours associée à des substances d'une action analogue, calomel, crème de tartre ou belladone et jusquiame. La podophylline s'emploie de 15 à 20 centigrammes dans les infirmeries de Venise; on l'a expérimentée sur une large échelle et presque toujours seule pour combattre la constipation et on ne l'a employée que dans des affections chroniques, excepté dans un cas où il y a des vomissements; dans tous elle a déterminé des effets purgatifs précédés et accompagnés de coliques. La dose de 5 centigrammes produit généralement trois ou quatre selles molles. Dans aucun cas il n'y a eu d'adynamie, de vertiges, de tremblement et d'insomnie.

L'auteur rapporte ensuite les résultats de son expérience personnelle. Aussitôt après l'injection du médicament il éprouva des nausées, un peu de picotement à l'estomac; il se coucha et les symptômes disparurent. Le lendemain selle copieuse composée de matières molles fortement colorées en jaune; toutes les heures il y eut une évacuation et cela se répéta cinq fois.

Quelques jours après, l'auteur prit une dose double de podophylline, c'est-à-dire 10 centigrammes : aussitôt apparition de nausées et d'efforts pour vomir qui durèrent environ deux heures. Au bout de quatre heures, malaise avec frissons, obnubilation et sentiment de prostration qui l'obligèrent à se coucher. La nuit fut assez bonne et le lendemain il fut réveillé de bonne heure par de violentes coliques qui furent suivies d'évacuations molles lesquelles se répétèrent jusqu'à neuf dans la journée.

L'auteur remarque qu'il est la seule personne chez laquelle se sont rencontrés des symptômes d'adynamie et que ces symptômes ont précédé de beaucoup les effets purgatifs.

Il compare les effets physiologiques de la podophylline avec ceux de la

colchicine et propose de la substituer à cette dernière ; en effet, dit-il, la colchicine est rarement tolérée par les malades, elle leur cause dès le début des nausées, des vomissements et de l'entéralgie; la langue rougit bientôt, se sèche, le ventre se tend, l'appétit se perd, les selles deviennent séreuses, quelquefois incoercibles, le pouls devient petit, lent et irrégulier : par conséquent, dans les cas où l'on a à redouter une irritation du tube digestif, il est certain que la podophylline est préférable à la colchicine.

L'auteur résume son travail dans les propositions suivantes :

1° La podophylline est constamment purgative, même à doses minimes ;

2° Elle convient dans tous les cas où sont indiqués les drastiques soit dans un but purgatif, soit pour déterminer une dérivation.

3°. Elle produit de l'effet, sans déterminer de malaise, à la dose de 5 centigrammes ;

4° On peut, comme le font quelques médecins français, l'unir à quelque substance sédative.

Voici une des formules les plus usitées et que l'on doit à Trousseau et Blondeau :

Podophylline.........	2 centigr.
Extrait de belladone .	} *aa* 0gr,01
Poudre de racine de belladone.........	

pour une pilule. (*Giornale Veneto di scienze mediche.*)

Deux cas d'infection purulente guéris par l'emploi des sulfites. Ce travail, par le docteur Giovanni Ferrini, est un appoint nouveau apporté à la méthode thérapeutique sulfitique (*medicina solfitica*), qui prend une grande extension en Italie et dont le docteur Timermann, rapporteur de la commission pour le premier prix Riberi (en 1864), a dit : « Ce sera une gloire de la science italienne, et d'autant plus admirable que cette conquête thérapeutique est entièrement due au docteur Polli. » Les sulfites, comme nos lecteurs le savent, sont prônés par l'inventeur et par les partisans de sa doctrine pour toutes les affections *zymotiques*, c'est-à-dire pour tous les cas où la maladie est rapportée à l'action d'un ferment. Ils trouvaient donc naturellement leur emploi dans l'infection purulente, qu'on attribue généralement, quelles que soient d'ailleurs les divergences d'opinion sur le point de départ du proressus morbide, à une altération des principes chimiques et physiologiques du sang, c'est-à-dire une sorte de septicémie. C'est le remède favori de l'auteur du mémoire qui nous occupe dans les cas en question, et il considère comme un devoir sacré de faire connaître tous les services que ce médicament lui a rendus. Ses deux observations sont longues et bien prises. Dans la première, l'infection purulente est survenue à la suite d'une morsure de chien faite au genou. Dans la seconde, l'individu avait été pris dans une roue d'engreuage, et il en est résulté des lésions multiples dont l'une a nécessité l'amputation de la cuisse. Dans la première, tous les symptômes de l'infection purulente étaient présents ; face terreuse ; vomissements ; frissons répétés et prolongés; pouls petit; diarrhée fétide, etc., etc. Dans la seconde, il n'y a guère eu que des frissons. Nous nous empressons de dire que les sulfites ont été employés dans le premier cas après l'explosion des symptômes, et dans le second cas à titre prophylactique et avant l'apparition de la maladie. L'auteur attribue à cette médication l'arrêt de la marche formidable des symptômes dans le premier cas, et le peu d'intensité des symptômes dans le second. A l'intérieur : emploi du sulfite de magnésie poussé à doses de 7 grammes fractionnés par jour; localement : le sulfite de soude. Dans le premier cas, l'auteur a administré en tout 17 onces et demie de sulfite de magnésie et 12 onces de sulfite de soude.

A la suite de ces observations, l'auteur entre en quelques considérations pratiques qu'il est bon de reproduire. Partisan enthousiaste de la thérapeutique sulfitique, il s'attache à faire ressortir les avantages de cette médication et à combattre les objections qu'elle a soulevées. Il est persuadé que, dans son premier cas, les sulfites ont donné à l'organisme une plus grande stabilité et une plus grande puissance de résistance contre la décomposition, et que dans le second, les sulfites, donnés comme *préventifs*, ont rendu l'organisme comme réfractaire à l'infection purulente. Il insiste sur la nécessité d'administrer le médicament au début de la maladie; comme dans tous les empoisonnements, c'est alors que les ressources

de l'art ont le plus d'efficacité. On doit même l'employer comme moyen prophylactique, comme il le fit avec avantage dans la seconde de ses observations. Il fait remarquer, en passant, que les sulfites sont diurétiques, mais non cathartiques. Toute leur action thérapeutique dépend de leur propriété antifermentive.

Une des objections les plus fortes qui aient été faites contre la doctrine de Polli, c'est celle-ci : pour prouver l'action antifermentive des sulfites, il serait nécessaire que la nature des fermentations fût toujours identique dans les différentes variétés de maladies dycrasiques, ou du moins il faudrait que ces fermentations fussent toujours produites par les mêmes ferments. Mais Polli, dit M. Ferrini, n'a jamais prétendu que les sulfites agissent directement contre les ferments morbides en les détruisant ou les annulant ; ils enlèvent seulement le moyen de développement en modifiant la matière fermentive de façon à ce que l'économie puisse résister à son action. Au milieu de toutes les incertitudes qui existent sur le traitement de l'infection purulente et du peu de sécurité de tous les médicaments qu'on a proposés, comme l'admettent tous les auteurs, les sulfites offrent une précieuse ressource et ont déjà rendu d'éminents services dans les mains des médecins italiens ; ce qui ne veut pas dire que ce soit un remède infaillible, pas plus d'ailleurs que le sulfate de quinine dans les fièvres intermittentes, et cependant nul ne conteste l'extrême valeur de ce dernier médicament.

Seulement, il est nécessaire de bien employer ce remède. D'aucuns l'administrent sans tenir compte des contre-indications, à doses timides ou insignifiantes, en confusion avec d'autres remèdes à effet contraire ou d'efficacité différente. On néglige de faire boire sitôt après l'administration du remède une quantité suffisante d'eau afin d'amener la solution du médicament : le sulfite de soude est soluble dans 4 parties d'eau ; mais le sulfite de magnésie exige au moins vingt fois son poids d'eau pour être absorbé. Une autre indication consiste à ne pas donner simultanément des boissons acides ; celles-ci absorbent la base du sel et mettent en liberté l'acide sulfurique. Il est une catégorie de malades qui résistent à l'effet favorable de la médication : ce sont ceux chez lesquels il existe une acidité particulière de l'estomac. Mais l'adjonction d'un peu de magnésie caustique au sulfite de magnésie et d'une petite quantité de bicarbonate de magnésie et d'une petite quantité de bicarbonate de soude au sulfite de soude, suffit pour faire disparaître cette contre-indication. Enfin, indication plus importante que toutes les autres, il faut donner les sulfites en quantité suffisante et ne pas craindre de porter la dose à une once par jour dans les cas nécessaires. (*Annal. universali di medicina.*)

De la médication arsenicale contre l'ictère. La médication arsenicale n'a été que très-rarement appliquée au traitement des affections du foie, et d'après certains auteurs elle devrait même en être bannie. Le fait très-connu en toxicologie de l'accumulation de l'arsenic dans le tissu hépatique à la suite des empoisonnements par ce métalloïde, a donné à craindre que, même à dose minime, ce médicament n'exerçât une action dangereuse sur ce viscère, soit à l'état sain soit à l'état malade. C'est une idée qui, sans avoir été vérifiée cliniquement, s'est maintenue dans la pratique et a fait exclure les préparations arsenicales des médications dirigées contre les diverses formes d'ictère et contre les autres affections dans lesquelles on admet des lésions du foie. Le docteur Wahu, dans son excellente brochure sur l'arsenic, recommande de s'abstenir de ce médicament, dans tous les cas où la glande hépatique paraît atteinte, et pourtant il ne se fonde, pour motiver cette prohibition, que sur l'appréhension traditionnelle d'une prétendue accumulation dans le foie, qui deviendrait ainsi le réservoir d'où se répandrait une intoxication consécutive dans toute l'économie animale.

Il nous semble que cette action élective de l'arsenic, qui consiste à s'accumuler dans l'organe hépatique et à y séjourner plus longtemps que dans tout autre viscère, aurait dû être un motif de chercher à l'utiliser contre les maladies dont cet organe peut être atteint. Un médicament aussi actif que l'arsenic ne peut être indifférent pour l'organe qui l'absorbe et le retient plus que tout autre, et il est logique d'admettre qu'avant d'agir sur lui comme toxique, il doit opérer comme agent thérapeutique. C'est ce dernier mode d'action, encore obscur et peu connu, qu'il serait important de dégager et

de constater cliniquement : l'affinité de l'arsenic pour le foie, qui doit inviter les thérapeutistes à essayer ses propriétés médicatrices contre les affections hépatiques. Se servir d'un remède qui se met en contact avec l'organe malade, n'est-ce pas là un des desiderata de la thérapeutique, et le médecin ne s'estimerait-il pas heureux de pouvoir remplir cette condition toutes les fois qu'il cherche à influencer un état pathologique localisé?

Le docteur H. Almes s'est servi de l'arsenic avec succès contre quelques cas d'ictère. Il n'a pas été conduit à cette application thérapeutique par l'idée d'une action spéciale de ce médicament sur le foie, mais par l'idée plus générale de son influence régulatrice sur toutes les fonctions, et reconstituante sur tous les organes, influence qui s'exerce par l'intermédiaire des nerfs et du sang, et qui doit atteindre surtout les centres destinés, comme le foie, à l'élaboration de ce liquide. Cependant le travail de M. Lolliot (1), prouve que l'arsenic agit sur le foie et le rein comme d'autres poisons toxiques, et produit la stéatose de ces organes à haute dose.

Les observations de notre confrère sont au nombre de quatre. Trois se rapportent à des faits d'ictère chronique et une autre à un ictère dû à l'intoxication palustre.

Ces quelques observations paraissent prouver que non-seulement la médication arsenicale n'est pas dangereuse pour les malades atteints d'ictère aigu ou chronique, mais que, de plus, elle possède contre ces affections une influence curative des plus remarquables. En effet, dans les trois premiers cas, l'arsenic n'a été donné qu'après plusieurs autres médicaments précédemment et tour à tour employés pendant un temps assez long et sans résultats satisfaisants, tandis qu'une amélioration manifeste a suivi presque immédiatement le traitement par une préparation arsenicale. Dans ces cas, la persistance de la maladie, malgré les remèdes dirigés contre elle, son aggravation même et sa longue durée, ne laissent aucun doute sur son caractère rebelle et sur sa tendance à une chronicité indéfinie, ou vers une terminaison funeste. Ces diverses conditions avaient été reconnues par les médecins qui avaient soigné ces ictériques avant nous. En conséquence, il nous semble que nous nous trouvons fondé à attribuer à l'arsenic, et particulièrement à l'arséniate d'antimoine, l'honneur des cures que nous venons de rapporter. Nous croyons donc que, pour le traitement des affections du foie, on doit revenir sur les appréhensions établies contre l'arsenic, appréhensions qui se trouvent infirmées par l'expérience clinique. La conclusion de l'auteur est, qu'à la liste déjà longue des maladies justiciables de l'arsenic, il faut ajouter l'ictère aigue et chronique. (*France médicale.*)

(1) *Bulletin de Thérap.*, t. LXXV, p. 338.

Tic facial datant de plus d'un an ; occlusion complète des yeux.— Section des nerfs de la septième paire. — Guérison partielle. L'observation suivante a été communiquée à la Société médicale du Haut-Rhin par le docteur Deleviéleuse.

Bischoff, trente et un ans, relieur, lymphatique, n'ayant eu d'autre maladie qu'une fièvre typhoïde à dix-sept ans, mais ayant toujours eu les bords des paupières rouges (conjonctivite chronique, destruction des cils, cicatrices ciliaires), raconte qu'en janvier 1867 il a ressenti fortement un spasme des paupières, qu'il attribua alors à l'usage plus qu'habituel du vin et à l'habitation d'un rez-de-chaussée humide. Il mit en usage une série de remèdes, tels que sangsues, pommade du Régent, huile de foie de morue, pommade de la veuve Farnier, collyre au nitrate d'argent. Tous ces traitements, ainsi que d'autres encore, ayant pour but de modifier l'irritation palpébrale, n'eurent aucun succès durable. Un oculiste bâlois conseilla un traitement ferrugineux, ordonna des révulsifs et employa l'électricité pendant dix jours.

Cependant le tic devient plus intense et condamne le malade à une inactivité complète. S'adressant alors à une *dormeuse*, il fit usage d'une potion excitante, dont il exagéra encore la dose et qui le rendit fou. C'est à titre d'aliéné qu'il fut amené à notre service pour être ensuite envoyé à Stephansfeld. La séquestration, la diète et les affusions froides le calmèrent. Puis nous essayâmes de combattre sa névralgie. Un séton à la nuque, l'iodure de potassium, des vésicatoires morphinés, des cautérisations avec le nitrate d'argent échouèrent entre nos

mains. Nous résolûmes alors d'arrêter le spasme par la section du nerf facial. Notre confrère M. West partageant notre avis, nous fîmes le 26 février dernier la section du nerf facial à droite. Le malade fut maintenu pendant près d'une demi-heure sous l'action du chloroforme. La période d'excitation fut violente : la sédation, presque comateuse, se dissipa à l'instant d'une hémorrhagie veineuse abondante survenue après la section du nerf, qui a été attaqué à l'endroit où le tronc se replie en forme de coude. Le spasme cessa aussitôt, et la bouche fut entraînée fortement à gauche (facies d'hémiplégique). L'œil resta ouvert et aucune contraction ne reparut. Les suites de cette opération furent très-simples, malgré la profondeur de l'incision.

Le malade, enchanté du résultat, sollicita l'opération du côté opposé. Faite dix jours après la première, celle-ci fut plus simple encore, parce que les filets détachés du faisceau facial ayant été incisés, le spasme céda devant la section du tronc. La bouche et les traits zygomatiques étant identiques des deux côtés, nous jugeâmes inutile d'aller plus profondément.

L'opéré eut alors tout l'aspect d'une statue : immobilité des traits, les paupières entr'ouvertes et la cornée se cachant sous les paupières supérieures. Cette impossibilité de clore tes paupières ne dura que quelques jours, n'amena pas d'irritation, mais seulement du larmoiement. Peu à peu l'opéré reprit la faculté de fermer les yeux, d'avaler et de parler comme dans l'état normal.

Quelques semaines plus tard Bischoff reprit chez lui son état de relieur. Ayant eu occasion de le rencontrer ces jours derniers, nous avons constaté que le bénéfice de la seconde opération (section des filets détachés du tronc facial) avait été presque perdu. Le spasme a repris son siége dans les paupières et a ramené l'occlusion presque totale de cet organe. Heureusement il n'en est pas de même de l'œil droit, qui fonctionne parfaitement et permet à cet honnête ouvrier de gagner sa vie. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

Tétanos traité par la fève de Calabar ; guérison. Nous lisons dans le *Medical Press and Circular :*

Le docteur Boslin de Curren (Amérique) a traité un cas de tétanos traumatique aigu très-intense par la morphine et la fève de Calabar à haute dose. Toutes les heures on donnait au malade un grain et demi de morphine et trois grains de poudre de fève de Calabar dans de la glycérine Les spasmes cessèrent et le malade guérit. (*Chicago medical Journal.*)

Résultats de la trachéotomie dans le croup. Que les détracteurs de la trachéotomie, qui sont malheureusement encore trop nombreux, veulent bien méditer cette statistique qui nous vient d'Amérique. Le docteur Jacobi, dans un travail sur les diverses formes de croup observées dans sa pratique et dans celle de trois autres médecins, donne un relevé de 203 cas de trachéotomie qui donne 50 cas de guérison, soit bien près de 25 pour 100, soit 1/4. C'est le chiffre qu'on obtient en France à l'hôpital des enfants. (*American Journal of Obstetrics.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Guérison par l'électricité d'une névralgie idiopathique du nerf pneumo-gastrique. La note suivante a été communiquée par M. Becquerel à l'Académie des sciences. Nous la reproduisons sous toutes réserves :

« En présentant à l'Académie une note de M. le docteur Boullet, qui exerce avec beaucoup de succès et d'intelligence la médecine à Châtillon-sur-Loing, je me bornerai à indiquer le mode d'application de l'électricité dont l'auteur s'est servi dans cette circonstance.

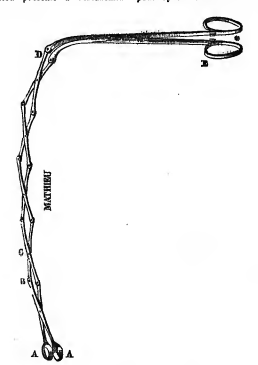
« On a déjà deux cas de guérison semblables, l'un obtenu par M. Duchenne de Boulogne, l'autre par M. Aran.

« M. Boullet s'est servi du petit appareil électro-magnétique de M. Gaiffe ; à peine avait-il appliqué les deux rhéophores de chaque côté du mamelon du sein droit, que toute trace de souffrance avait disparu, alors que le malade n'avait eu aucun repos depuis

trente-huit jours. Le lendemain, le malade ayant éprouvé un très-léger ressentiment de gêne derrière le sternum, M. Boullet fit une seconde application de l'électricité sur le mamelon gauche; depuis ce moment, le malade n'a jamais rien ressenti, si ce n'est quelques atteintes de dyspepsie sans gravité. » (*Acad. des sciences.*)

Pince à extraire les corps étrangers de l'œsophage. M. Mathieu présente à l'Académie une nouvelle pince flexible pour extraire les corps étrangers de l'œsophage.

Cet instrument se compose d'une série de pièces croisées et articulées qui se terminent par une pince dont la force de pression est en rapport avec la puissance de levier des branches principales qui commandent le mécanisme. M. Mathieu a fabriqué cet instrument il y a trois mois environ, pour M. le docteur Alui, de Lyon, pour opérer l'extraction d'une balle



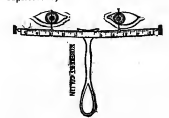
logée à la partie inférieure du tube laryngien. Cet instrument pourra trouver des applications dans les cas de ce genre. M. Mathieu en a construit de deux modèles, l'un s'ouvrant latéralement et l'autre d'avant en arrière; le premier lui paraît plus commode, à cause de sa grande flexibilité. (*Académie de médecine.*)

Strabomètre binoculaire. MM. Robert et Collin présentent à l'Académie un nouveau strabomètre fabriqué sur les indications de M. le docteur Galezowski.

Dans les opérations de strabisme il importe beaucoup de mesurer avec exactitude le degré de déviation, de même que de pouvoir préciser le résultat obtenu par la tériotomie.

A cet effet M. le docteur Galezowski nous a fait construire un strabomètre binoculaire, qui réalise complètement ces indications.

Cet instrument se compose d'une tige horizontale graduée sur laquelle glissent deux aiguilles destinées à indiquer les degrés; l'anneau de l'instrument se tient en haut, la tige transversale doit être au niveau des paupières supérieures, une fourche centrale est



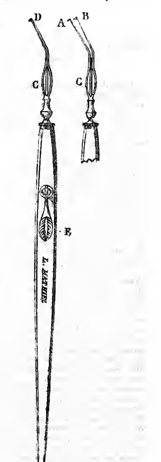
appuyée contre la racine du nez. En tournant les boutons fixés aux extrémités de la tige graduée, on fait marcher les aiguilles de droite à gauche, et de gauche à droite jusqu'à ce qu'elles se trouvent au centre des pupilles.

La graduation de la tige donne alors le degré de strabisme, et la moindre différence est précisée. (*Ac. de méd.*)

Kystitotome pour l'opération de la cataracte. La force visuelle des personnes opérées de la cataracte reste souvent au-dessous des désirs de l'opéré et de l'opérateur. Parmi les causes de cette faiblesse de la vision il faut citer l'état de la capsule cristalinienne, dont l'ouverture se referme souvent après la sortie de la cataracte, par suite de proliférations cellulaires. D'autres fois la capsule subit même dans ces conditions des altérations d'épaisseur et de transparence qui constituent en partie les cataractes secondaires pour lesquelles le malade est obligé fréquemment de se soumettre à une seconde opération.

Pour éviter cet état de choses, il était désirable de substituer à la simple incision de la capsule pendant le second temps de l'extraction de la cataracte l'excision d'un morceau de la capsule antérieure. C'est dans ce but que M. Mathieu a construit, d'après les indications de M. le docteur Edouard Meyer, l'instrument suivant.

Cet instrument a la forme et la grandeur du cystitome de Graefe, et son maniement est le suivant : introduit dans la chambre antérieure, comme le cystitome ordinaire, jusqu'au bord papillaire opposé à l'incision de la cornée, la pointe tourne et pénètre dans la capsule à la suite d'une légère pression sur la pédale. Une pression plus forte opère le dédoublement de la pointe, et si l'on retire maintenant l'instrument ouvert, on circonscrit dans la capsule un



lambeau de plus de 8 millimètres de largeur. Arrivé près de la plaie cornéenne on laisse l'instrument se fermer; il fonctionne alors comme une pince et amène le lambeau capsulaire au dehors.

Pour faciliter l'emploi de cet instrument dans les différents procédés d'extraction de la cataracte, il a été fabriqué droit et coudé.

VARIÉTÉS.

TROUSSEAU (1).

Eloge prononcé à la Société de thérapeutique, dans sa séance du 5 mars 1869, par M. PIDOUX, *président honoraire de cette Société, etc.*

Les phlegmasies des membranes muqueuses occupaient, depuis Broussais, la place la plus considérable dans la nosologie et la médecine. Suivant le réformateur, ces phlegmasies ne différaient entre elles que par leur siége et leur intensité; suivant lui aussi, leur type aigu ou leur type chronique ne dépendait que de l'action plus ou moins vive ou plus ou moins prolongée des modificateurs externes qui stimulent ces membranes. Aussi affectait il toujours de les nommer *membranes de rapport*, pour montrer que leur état de santé ou de maladie, que toutes leurs vicissitudes fonctionnelles étaient causées uniquement par les rapports qu'elles entretiennent avec les agents du dehors, qu'il affectait toujours aussi d'appeler les *modificateurs externes.*

Opposer à ces phlegmasies dont on négligeait systématiquement les espèces pour n'y voir que les degrés d'un mode pathologique commun, l'irritation, opposer, dis-je, à ces phlegmasies, non des modificateurs spéciaux ou des médicaments proprement dits, mais ces substances abirritantes négatives qu'on emploie pour imbiber les tissus et diminuer la tension vasculaire dans les inflammations traumatiques, — toujours posées par le physiologisme comme type des phlegmasies internes; — enfin, quand les contre-irritants ou les irritants substitutifs devenaient nécessaires, ne les appliquer jamais que sur des surfaces saines et loin du lieu affecté, tels étaient l'idéal et la loi de la thérapeutique.

C'était sur cette notion par trop simple de l'inflammation interne des membranes muqueuses qu'on avait fondé la médecine physiologique, il était naturel que ce fût par une autre conception de ces mêmes phlegmasies, que se fît le retour à l'idée des espèces nosologiques.

Trousseau était tout armé pour opérer la réforme sur ce point capital. Il arrivait de Tours où Bretonneau avait fait sortir de ses recherches très-originales sur la dothiénentérie et la diphthérie toute une doctrine nouvelle des phlegmasies des membranes muqueuses. On s'aperçut donc un jour à Paris, que ces membranes, tout « de rapport » qu'elles soient, tirent leurs phlegmasies bien plus de leur fonds ou de l'organisme lui-même que de l'action immédiate des modificateurs externes, et qu'aux caractères communs qui les réunissent dans les nosographies, se joignent des caractères spéciaux qui les différencient et en font des espèces aussi distinctes en nosologie que le sont les espèces animales ou végétales en histoire naturelle. On allait plus loin encore contre Broussais et son physiologisme : on prétendait qu'au point de vue de la nature et du traitement, les caractères spéciaux ou différentiels sont plus importants que les caractères communs ou intégraux. Bretonneau affirmait donc pratiquement, Trousseau professait avec sa jeune éloquence clinique que, dans le pronostic et le traitement, il fallait tenir moins compte de l'inflammation considérée en elle-même que de sa cause interne spécifique, etc .... Tel est le fondement de la spécificité morbide qui, appuyée sur l'anatomie générale de Bichat, renaissait plus autorisée que jamais.

C'est dans la démonstration clinique de ces vérités vulgaires aujourd'hui, si neuves alors, que Trousseau déploya au plus haut degré son incomparable talent de démonstration. Il ne se bornait pas à être méthodique et clair : il initiait, il inculquait. En l'écoutant attentivement, l'auditeur participait à son procédé didactique, et cette participation identifiait l'esprit de l'élève à l'idée du professeur. C'est ainsi que, dans les passages difficiles de l'enseignement, on

(1) Suite, voir la précédente livraison, p. 285.

le voyait concentrer son sujet comme dans une semence, et s'efforcer de l'exposer, non comme s'il l'avait lu tout écrit d'avance dans son cerveau — c'est la méthode des professeurs vulgaires — mais de l'évoluer comme d'un germe de son esprit. C'est ce qui fait qu'en vulgarisant, il avait toujours l'air d'inventer. Peu à peu, le processus de la chose conçue s'engendrait tellement bien dans les esprits tendus pour l'écouter, qu'elle appartenait autant à l'élève qu'au professeur, et que le premier captivé, oubliait de prendre des notes, et n'en avait vraiment pas besoin.

Le système de la spécificité nosologique se prêtait merveilleusement à faire briller le genre d'esprit de Trousseau et la nature de son talent.

Trousseau était né naturaliste. Il eût été hors ligne partout : en histoire naturelle il se fût placé au premier rang. Observateur sagace, il était saisi bien plus par les caractères des êtres et des choses que par la force cachée qui engendre sans cesse les phénomènes, les modifie et peut les modifier toujours. Il était tellement épris de la clarté et de la netteté qui remplissaient son esprit, qu'il les portait et les voyait partout, même là où la nature scrutée plus profondément les laissait désirer. Jugez comme le spécifisme en nosologie et en thérapeutique devait le séduire ! Il lui fallait des genres à classer, des espèces à grouper, des analogies à découvrir, des différences à opposer. Plus observateur que penseur, plus peintre que philosophe, il prenait volontiers et systématiquement ses exemples et ses comparaisons dans les objets de l'histoire naturelle. Le terrain, le pollen, la graine, la greffe, la bouture lui fournissaient ses théories de prédilection ; les maladies étaient toujours comme des plantes et des insectes. Aussi excellait-il et se complaisait-il dans la description des fièvres exanthématiques et des maladies contagieuses, qui se comportent un peu à la façon des espèces botaniques ou entomologiques, *juxta Sydenhamii mentem et botanicorum ordinem*, avec cette différence que Sydenham ne voyait la chose qu'au figuré, et que Trousseau, souvent sans s'en douter, emporté par le besoin du pittoresque et de la clarté, la prenait un peu trop au propre.

Mais quels dédommagements ne renfermait pas cet excès à l'époque intéressante que j'esquisse !

Pour ramener la notion d'espèce dans la nosologie et la thérapeutique, il n'était pas nécessaire, il eût même été nuisible de l'approfondir ; il ne fallait d'abord que l'affirmer. Il ne fallait même pas discuter les espèces ébauchées ou indéterminées, parler des métissages qui font tes variétés, s'occuper des dégénérations et des transformations, etc. Pour frapper et convertir, on devait ne montrer que des types et ne faire que des descriptions correctes. La situation avait trouvé son homme. Sans un peu de système et d'exagération, sans un peu d'artifice volontaire ou non, on pouvait manquer le but. La grande pensée de Leibnitz, que la nature n'a pas d'hiatus, n'allait pas aux instincts si lumineusement analytiques de mon cher maître. Sa nosologie s'inspirait bien plus des méthodes de Linné et de Cuvier que de celles de Geoffroy Saint-Hilaire et de Darwin ; et sa thérapeutique n'admettait guère plus d'indécision que sa nosologie.

Aux audaces du physiologisme il opposait les assertions tranchantes du spécificisme. Ce succès suffisait provisoirement. Plus tard on verrait. C'est ainsi que marchent les sciences.

Aussi, quelle nouveauté et quel bienfait que le traitement des catarrhes aigus des voies digestives par les émélo-cathartiques ; de l'entérite franche la plus vive, et surtout de la dysenterie, par les purgatifs ; des ophthalmies aiguës graves par les topiques irritants, tels que le nitrate d'argent ; que le traitement des angines simples sans émissions sanguines, et des angines graves par les inflammations franches substituées à l'aide des cathétériques les plus actifs, aux inflammations de mauvaise nature, etc., etc. ! C'est dans la cure de ces maladies que les méthodes spécifiques et leur succès rendaient le plus de services et causaient le plus de surprise.

A côté de cela on voyait les catarrhes aigus des voies respiratoires plus salutairement et plus rapidement modifiés par l'ipécacuanha et les résines que par les sangsues et les émollients béchiques ; la pneumonie traitée sans saignée et d'emblée par l'oxyde blanc d'antimoine ou par le kermès, qui, sans produire aucune évacuation et sans irriter les voies digestives, abaissait rapidement la chaleur fébrile et le pouls ; l'emploi du calomel à doses réfractées dans les phlegmasies aiguës des autres parenchymes et dans celles des membranes sé-

reuses; les affections chroniques de la peau qu'on éternisait par les topiques et les bains émollients, enlevées en peu de temps par des applications générales ou locales irritantes, sodiques, sulfureuses, mercurielles, cuivreuses, argentiques, arsenicales; l'action de l'opium et des solanées vireuses mieux déterminée qu'on ne l'avait fait encore dans leurs effets physiologiques et curatifs comparés, puis appliqués à une multitude d'indications, ou nouvelles, ou anciennes, mieux définies; l'ergot de seigle dans les métrorrhagies non puerpérales et les métrites chroniques; la strychnine dans la chorée; l'huile de morue dans le rachitisme des enfants; le bismuth à doses inouïes jusqu'alors, dans les gastralgies, et surtout dans les catarrhes atoniques du gros intestin; le sulfate de quinine à hautes doses dans les névralgies, même continues, dans les sciatiques rhumatismales avec névrite, présage de son application prochaine aux rhumatismes aigus, les antispasmodiques, sédatifs immédiats des centres nerveux affectifs, enveloppés depuis longtemps dans la proscription des excitants, et qui, enfin, étaient rendus au traitement des névroses; les toniques rétablis comme fixateurs des forces plastiques et modérateurs stables des actions nerveuses dans leurs rapports avec ces forces; enfin, la réhabilitation des stimulants, dont le calorique et l'alcool sont les types et que le physiologisme confondait avec les toniques leurs antagonistes; la réhabilitation des stimulants, dis-je, qui sont entre les mains du médecin le fouet ou l'éperon de l'organisme comme les toniques en sont le frein, voilà, en abrégé, les forces que Trousseau restituait à la thérapeutique ruinée.

Trousseau, je le sais, n'a ni créé cette matière médicale, ni il n'en a refait de toutes pièces les applications thérapeutiques. L'école italienne, Bretonneau, Récamier, Murray, quelques tentatives et quelques publications isolées lui en fournirent les matériaux; mais c'est certainement lui qui les mit en œuvre chez nous, les systématisa, les popularisa.

Il ne s'agissait pas, en effet, de revenir purement et simplement aux anciens. Entre eux et nous il y avait une époque historique, une seconde renaissance avec Haller, Bordeu, Bichat et Broussais. La grande œuvre de Broussais avait été de ravager les anciennes bases et de fonder la pathologie nouvelle sur cette idée simple, élémentaire, que la vie est inhérente aux organes, aux appareils, que ceux-ci sont sensibles et irritables par eux-mêmes aussi naturellement que la pierre gravite et que le fer incandescent est chaud; que ces propriétés sont initiales de tout acte de l'organisme; qu'elles les dirigent tous; qu'il y a un fait d'impression aussi bien au commencement des phénomènes nutritifs les plus intimes qu'au commencement d'un acte de la vie de relation, et que tous ces actes sont connexes ou sympathiques au moyen des rapports et de l'unité du système nerveux. C'est le fond de la doctrine de Broussais; elle est là tout entière. Il n'avait que cela à faire. Ne lui demandez donc pas autre chose; il ne vous répondra pas; à chacun sa tâche, et je trouve qu'avoir accompli celle-là, suffit à la gloire d'un homme. Il fallait planter l'idée de spécificité nosologique sur ce terrain désormais immuable; c'est sur ce plan tout nouveau qu'il fallait restaurer la matière médicale en se gardant bien de ramener avec elle le mécanicisme, le chimisme grossiers, l'ontologie vaine des scolastiques, les nosologies abstraites. Bretonneau et Trousseau, imbus de l'esprit nouveau, le portèrent tout simplement dans leur œuvre, sans déclaration de principes, comme des praticiens pressés d'aller au fait, qui ont tout pris à Broussais excepté son système, et qui ne trouvent pas les vérités nouvelles contradictoires avec les vérités traditionnelles. Aussi, l'enseignement clinique naissant de Trousseau était-il très-remarquable et très-instructif pour la génération nouvelle, par le commerce distingué et très-vivant qu'il entretenait avec les maîtres de la clinique ancienne. Trousseau en avait le goût, il se sentait descendre de cette grande lignée qui commence à Hippocrate et finit à l'école clinique de Vienne.

Nous relevions et nous généralisions les observations pratiques immortelles de ces grands artistes en médecine, au moyen des doctrines d'une école respectable qui a porté très-haut et très-dignement les principes de l'autonomie de la physiologie et de la médecine, je parle de Montpellier, de son Grimaud, de son Barthez (pour la philosophie médicale duquel,— on le croira à peine, — Trousseau avait de la prédilection), de M. Lordat, enfin, qui, non-seulement les avait connus, mais qui les avait fait connaître avec originalité et a survécu à l'école elle-même. Trousseau, peu érudit, nourri pourtant des meilleurs morceaux de Sydenham et de Stoll, aimait à s'entourer de jeunes esprits ouverts à ces idées,

essayant d'allier la tradition au progrès, et de remplacer l'étroit organicisme qui ne s'occupait que des faits accomplis et ne savait faire en médecine que l'autopsie des malades dans leur lit, par des idées critiques, par des vues plus larges sur la physiologie et la pathologie générales, qui pussent animer et agrandir l'enseignement clinique si riche qu'il répandait avec tant de fruit.

Nous recherchions avec ardeur le présent dans le passé. Les anciens étaient devenus les modernes. Leurs tableaux, leurs observations apportés à la clinique revivaient au contact des faits actuels. Cette clinique comparée offrait un intérêt aussi sérieux qu'attrayant. En examinant les faits les plus ordinaires au jour de cette médecine hippocratique simple et mâle qui sera toujours la médecine, parce que sans changer elle admet tous les progrès, il nous semblait que nous les observions pour la première fois. Nous marchions de découvertes en découvertes rétrospectives. Nous suivions, par exemple, les phases des pyrexies, qu'on ne connaissait plus, avec une avidité qui aujourd'hui a dû passer ailleurs, mais qui était indiquée et nécessaire alors.

Avec la dothiénentérie ou la fièvre entéro mésentérique prise comme centre, nous refaisions presque toute la pyrétologie, groupant autour de ce centre et les lui comparant pour les en distinguer, l'innombrable variété des autres fièvres qui ont aussi pour foyer principal l'appareil digestif, ce qui prouve qu'en cela au moins, Broussais avait touché juste.

La doctrine des diathèses reprenait aussi son rang dans la nosologie des maladies chroniques; et toujours et partout, le diagnostic par les médications spéciales, ce que Trousseau appelait le diagnostic thérapeutique, intervenait et jugeait autant que possible. On faisait alors vraiment de la médecine, et la clinique de Trousseau était vraiment une clinique.

Vous devez voir maintenant, en effet, Messieurs, que pour l'œuvre qu'il accomplissait instinctivement, et comme l'abeille fait le miel, il ne suffisait pas à Trousseau de ramener la vieille matière médicale dans la pathologie moderne en l'y juxtaposant, mais qu'il fallait l'y faire pénétrer naturellement et comme par assimilation. Aussi la séméiologie, le diagnostic, la pathologie générale, l'anatomie pathologique tenaient-ils autant de place dans la clinique de Trousseau que la thérapeutique, quelque subordonnés qu'ils lui fussent.

Trousseau se vantait d'être empirique : il ne l'était pas; mais il était médecin, médecin avant tout. Or, comme en médecine il y a d'abord tous les inconnus de la physiologie, et, de plus, les inconnus de la maladie, surtout quand on est spécificiste ou nosologiste, Trousseau accordait beaucoup à l'expérience clinique pure, beaucoup à la puissance impérative des faits bien vus, bien constatés, quelque inexpliqués qu'ils fussent par la science du jour. Mais ces faits positifs quoique inexpliqués, il les prenait comme des points de départ fermes pour des inductions et des rapprochements légitimes et féconds. Par exemple, il ne s'informait pas du mode physiologique d'action du quinquina dans les fièvres périodiques; mais du fait admis comme certain des effets héroïques de ce médicament, de ses conditions intrinsèques et extrinsèques d'action, il s'élevait à des considérations très-étendues et très-scientifiques sur la médication fébrifuge par le quinquina. Trouvez-vous que ce soit de l'empirisme? . . . .

Ces considérations générales ainsi obtenues avaient l'avantage de reposer sur des faits solides, de l'ordre médical, tandis que les explications qu'on tire des laboratoires de physiologie ne sont pas toujours de cet ordre, manquent des vraies conditions du fait clinique, et sont, de plus, d'une solidité très-précaire, puisque les expérimentations du lendemain détruisent incessamment celles de la veille dans une science aussi journellement conquérante que la physiologie expérimentale.

Trousseau n'était donc pas empirique, il était médecin et mettait la clinique, c'est-à-dire le malade, avant tout. Il voulait — et il avait raison — que le malade fût le commencement et la fin; qu'on partît de lui pour aboutir à lui. Entre ces deux termes il permettait, autant que ce soit, à la physiologie et même à toutes les sciences afférentes d'intervenir et d'apporter à la solution du problème clinique tous leurs flambeaux; lui-même en donnait chaque jour l'exemple avec sa merveilleuse faculté d'appropriation.

La clinique de Trousseau était donc alors une clinique dans la force du terme; j'entends par là un enseignement où la science du diagnostic, du pronostic et de la curation individuels était animée par beaucoup de critique des

choses sans aucune personnalité — Trousseau était sans fiel — et en même temps reliée, soutenue par des principes de pathologie et de thérapeutique générales tellement fondus avec les faits particuliers et les détails de chaque maladie, que ces leçons étaient pleines du mouvement des choses, et que le général et le particulier s'y trouvaient indivisiblement unis comme dans la nature. Voilà la clinique. Tout le monde n'en est pas capable. Conçue et exécutée ainsi, elle est l'enseignement par excellence, enseignement bien un peu dégénéré depuis Chomel et Trousseau. La clinique, en effet, devient de jour en jour un cours de pathologie spéciale sans méthode, fait au hasard du recrutement des salles d'hôpital.

Un professeur de pathologie et de thérapeutique générales ne devrait peut-être pas faire ce cours sans clinique, sans s'inspirer de l'observation immédiate des malades; ce serait un cours clinique de pathologie et de thérapeutique générales. Hors de là, on n'y fera jamais que de la fausse pathologie interne, de la séméiologie, ou de vagues et inféconds généralités. Si la Faculté de médecine ne songe pas à quelque chose comme cela, sa chaire de pathologie et de thérapeutique générales, qu'on appelle déjà à l'école une chaire de luxe, sera bientôt rayée du programme.

Trousseau sentait si bien cela, que, lorsqu'il fut nommé professeur à la Faculté, il porta sa clinique dans sa chaire de thérapeutique qui était remplie d'idées générales, et que, quand il passa de cette chaire à la clinique de l'Hôtel-Dieu, il y transporta et y appliqua son enseignement dogmatique de la Faculté. (*La suite au prochain numéro.*)

Association générale des médecins de France.

Le dimanche 4 avril a eu lieu, dans le grand amphithéâtre de l'assistance publique, la séance annuelle de l'association générale des médecins de France. Cette séance, la dixième depuis la fondation, était présidée par le nouveau président, M. Tardieu, et il a pu voir que déjà toutes les sympathies lui sont acquises. Nous regrettons de ne pouvoir reproduire son discours qui a ouvert la séance et qui a été à plusieurs reprises interrompu par des applaudissements unanimes; disons seulement que M. Tardieu a tenu tout ce qu'on attendait de lui. Esprit net et lucide, orateur éloquent et sachant aller droit au but, nul n'était plus capable de diriger la grande œuvre de l'association et d'exposer ses résultats et le but qu'elle devait atteindre.

M. Leroy de Méricourt, secrétaire de la Société centrale, a rendu compte de la situation de la Société; puis le secrétaire général, M. A. Latour, a tenu l'assemblée pendant une heure sous l'impression de sa parole, et nul ne s'en est plaint. Nous engageons vivement nos lecteurs qui s'intéressent à l'association, de se procurer l'*Annuaire* dès qu'il aura paru, et de prendre connaissance de ce discours qui expose l'état de l'association et prouve avec une lucidité merveilleuse le chemin qu'elle a parcouru, les services qu'elle a déjà rendus, et surtout ce qu'elle pourra faire un jour.

Le soir, un banquet nombreux réunissait dans la salle à manger du *Grand-Hôtel* un public nombreux des médecins de Paris et de la province. De nombreux toasts ont été portés, parmi lesquels nous citerons ceux de MM. Tardieu, Bouillaud, Jeanuel et Andral.

Dans le numéro prochain nous donnerons l'exposé de la situation financière de l'association, qui est des plus prospères.

Pour les articles non signés : F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Recherches expérimentales sur le traitement de la fièvre typhoïde par la créosote ;

Par M. G. Pécholier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

Dans les leçons de clinique que j'ai faites l'été dernier à l'hôpital Saint-Eloi, de Montpellier, j'ai cherché à démontrer les points suivants :

Les lésions multiples constatées chez les sujets qui succombent à la fièvre typhoïde, dans le tube intestinal, le foie, la rate, le poumon, le cerveau, les muscles, etc., font de cette affection un vrai type de celles auxquelles les anciens attachaient la dénomination de maladies *totius substantiæ*.

Cette altération de la nutrition dans presque tous les organes, qui se constate dans la fièvre typhoïde, doit nécessairement être précédée par une modification pathologique du sang, ce réservoir général où les organes prennent les matériaux de leur composition. Une telle assertion est d'ailleurs démontrée par l'examen physique et chimique du sang.

La modification pathologique du sang dans la fièvre typhoïde dépend de l'action d'un ferment organisé, lequel se comporte dans le sang à la manière dont M. Béchamp a démontré que se comportent tous les ferments organisés. Puisant dans le sang les matériaux de sa nutrition, il y exhale ceux de sa décomposition et l'altère ainsi radicalement.

Cette altération, que l'on peut proprement appeler *vitale*, n'est pas la fièvre typhoïde elle-même. La maladie qui porte ce nom est le résultat de la modification produite sur l'économie vivante par le sang vicié et la réaction de ladite économie contre une cause de trouble.

La mort des typhoïsants serait à peu près infaillible si le ferment organisé dont la présence provoque la maladie ne mourait pas lui-même assez vite, c'est-à-dire dans un temps qui n'excède pas d'ordinaire une vingtaine de jours. Cette destruction du ferment tient, soit à une pullulation extrême et à un véritable encombrement, soit au manque d'aliment convenable dans le sang vicié, soit à toute autre cause encore inconnue. Une fois le ferment mort, l'organisme se débarrasse par un effort spontané, par une *véritable crise*, de ce que les anciens appelaient les *humeurs peccantes*, c'est-

à-dire pour nous des produits de la fermentation et des détritus du ferment. La santé tend alors à se rétablir, si le malade a pu durer jusque-là et s'il est capable de faire les frais de sa réparation. Il faut ajouter cependant que les altérations multiples de la nutrition dans l'intestin, le poumon, le cerveau, etc., dont nous avons déjà parlé, quoique dépendant primitivement de la modification pathologique du sang, s'en sont plus tard émancipées et qu'elles deviennent par elles-mêmes cause d'accidents graves et variés très-divers dans leur marche et leur terminaison, dans ce que nous avons appelé la deuxième période de la maladie.

Ces considérations pathologiques nous ont amené à poser une indication thérapeutique du premier ordre à nos yeux. Profitant des travaux de M. Béchamp sur les effets de la créosote contre le développement des ferments organisés, nous nous sommes dit que, si la créosote pouvait empêcher l'apparition ou la multiplication des *ferments typhoïdes*, elle deviendrait un puissant remède contre une affection si rebelle à la thérapeutique.

Dans cette idée, sur une soixantaine de malades atteints de fièvre typhoïde que nous avons eus à soigner dans le service de la clinique médicale de l'hôpital Saint-Eloi pendant les mois de juillet, août, septembre et le commencement du mois d'octobre de l'année dernière, nous avons essayé l'emploi de la créosote.

Les malades prenaient tous les jours, par cuillerées, une potion contenant : 3 gouttes de créosote, 2 gouttes d'essence de citron, 90 grammes d'eau commune et 30 grammes d'eau de fleurs d'oranger. L'essence de citron était là comme correctif et peut-être comme adjuvant. En même temps on administrait par jour deux lavements contenant chacun de 3 à 5 gouttes de créosote.

Ce n'étaient pas de fortes doses de remède que nous voulions donner, mais pour ainsi dire une atmosphère de créosote dont nous voulions imprégner le sang et tout le corps des sujets.

La médication dont nous parlons a été suivie sans aucune difficulté par tous les malades, la potion, telle que nous l'avons formulée, étant d'un goût très-supportable ; nous n'avons observé ni le moindre accident ni même le moindre inconvénient. Le traitement institué par nous ne nous a d'ailleurs jamais empêché de remplir aucune autre indication thérapeutique.

Voici maintenant quel a été le résultat de notre expérimentation :

Dans tous les cas où nous n'avons pu agir qu'à une période avancée de la maladie, les résultats thérapeutiques ont été absolument nuls.

Cela se comprend du reste, car on n'intervient alors que lorsque tous les ferments organisés sont développés, et la créosote très-diluée est tout à fait impuissante contre eux dans de telles conditions.

Dans les cas, au contraire, et ils ont été nombreux, où les malades sont entrés assez tôt à l'hôpital pour que nous ayons pu agir sur eux dès le début de la maladie ou du moins à une période rapprochée du début, la médication instituée par nous a eu une action très-efficace pour diminuer l'intensité de la fièvre typhoïde et raccourcir sa durée. Nous savons bien qu'une telle appréciation peut être parfois sujette à l'erreur, car il est difficile de calculer d'une manière rigoureuse l'intensité future d'une fièvre typhoïde qui commence. Cependant quand nous avons vu chez un grand nombre de nos malades, qui ont pris le remède en temps opportun, l'affection rester très-bénigne au milieu d'une épidémie, grave d'ailleurs, nous pensons qu'il est permis d'affirmer qu'il n'y a pas eu là une simple coïncidence, mais bien une action thérapeutique très-heureuse et très-réelle. D'ailleurs ce ne sont point des résultats empiriques purs que nous annonçons. L'expérimentation n'a marché que guidée par les inspirations d'une théorie qui répond pour ainsi dire de la valeur de ses résultats.

Conclusion. — Des faits et des considérations précédentes, nous croyons donc pouvoir conclure que la créosote, administrée à faible dose en potion et en lavements, et probablement aussi en vapeurs, au début de la fièvre typhoïde et dans les premiers jours de son invasion, a des effets puissants pour diminuer l'intensité de la maladie et raccourcir sa durée.

Nous ajoutons que ce remède, employé comme moyen prophylactique en temps d'épidémie dans les hospices, les casernes, les colléges, etc., aurait sans doute une efficacité médicale.

Une pratique de quarante ans au sujet de la pneumonie;

Par le docteur Dauvergne père, médecin de l'hôpital de Manosque et des épidémies de l'arrondissement de Forcalquier, etc.

(1er article.)

Il y a plusieurs années déjà que j'avais entrepris de traiter ce sujet; puis j'ai attendu, hésité même alors que mes résultats cliniques se multipliant par le temps, j'ai pu mieux encore comparer la différence des anciennes méthodes avec celles que l'observation et l'étude m'avaient successivement inspirées et sanctionnées.

J'hésitais néanmoins toujours, parce qu'il me paraissait téméraire d'oser toucher à une question traitée *ex professo* par Chomel, Louis, Sestier, Grisolle, etc., sur laquelle encore tant d'autres cliniciens apportaient tous les jours des chiffres imposants, et par cela même, il semblait, péremptoires.

Cependant je ne pouvais ignorer que ces chiffres n'ont convaincu encore qu'un petit nombre de praticiens, puisque je vois la plupart d'entre eux, fascinés par la routine, rester attachés aux anciens préceptes. La conviction est loin d'être faite parmi les médecins, encore moins chez le public. S'il en fallait une preuve, on la trouverait éclatante dans les savants articles de M. Saucerotte de Lunéville qui, après avoir réuni presque tous les chiffres des résultats obtenus dans les diverses cliniques de l'Europe, trouve encore le moyen de défendre la saignée, parce qu'elle a été préconisée par presque toute l'antiquité (1).

J'ai cru donc devoir apporter ma pierre au nouvel édifice, et être particulièrement utile en exposant dans une confession générale les effets de mon ancienne pratique vis-à-vis des résultats de la nouvelle, surtout en montrant comment les faits qui se sont déroulés lentement pour moi n'ont eu une signification successive qu'à la suite de beaucoup de réflexions, d'études prolongées et de nombreux tâtonnements. Je dois donc faire pour ainsi dire l'histoire de ma vie médicale au sujet de la pneumonie.

Il y a quarante ans, alors que j'étais élève des hôpitaux de Paris, on croyait si bien l'histoire de la pneumonie achevée et son traitement définitivement arrêté, que quand il s'agissait d'une telle question donnée dans nos concours, on disait : *C'est le pont aux ânes!* Et cependant cette maladie, si bien connue, si bien traitée, faisait de nombreuses victimes. Arrivé en province et pourvu de cet arsenal complexe de moyens : saignées, tartre stibié et vésicatoires, je marchai résolûment dans cette voie, d'autant que je me trouvais mieux armé que mes confrères, la pratique étant ici réduite aux saignées et aux vésicatoires, personne n'osant administrer les antimoniaux, qu'on emploie bien timidement encore aujourd'hui. La doctrine de Broussais régnait en souveraine, sinon celle de Guy-Patin et de Chirac. On me citait un officier de santé qui se vantait d'avoir fait dix-huit saignées dans une matinée. C'était là, en effet, le bon temps des médecins des campagnes, à qui il faut des formules

(1) *Bull. gén. de Thérap.*, t. LXIV, p. 241.

simples, bien définies et bien arrêtées. Aujourd'hui que la science n'est entravée dans aucun système, mais qu'elle cherche par divers moyens à s'éclairer et à s'épurer, ils sont naturellement égarés, et la plupart se rattachent tout simplement à ce qu'ils ont toujours fait.

Dans ces conditions, il y a trente-cinq ans surtout, je ne tardai pas à voir que la fluxion de poitrine (c'est ainsi qu'on nomme vulgairement la pneumonie) passait pour être et était réellement une des plus graves et des plus redoutables maladies. Je dus donc, à l'époque, être très-glorieux des quelques guérisons que j'obtins. Je dus l'être d'autant plus, que c'était avec beaucoup de peine et à travers de grands dangers. Aussi le public me tenait-il grand compte de pareils succès, tandis que je me consolais de mon côté de quelques cas malheureux qui ne manquèrent pas.

Tout le monde sait qu'à l'époque dont nous parlons nous considérions la saignée, non pas comme un adjuvant dans le traitement de la pneumonie, mais comme son remède propre et partant indispensable. Le tartre stibié venait seconder, suivant Kapeler, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, à Paris, les effets des saignées, car il les préconisait simultanément; mais pour la plupart des praticiens il devait agir lorsque les premières étaient insuffisantes. Quant aux vésicatoires, ils étaient de rigueur après deux ou trois saignées, et celles-ci devaient être répétées tant que le sang était couenneux. Erreur fatale qui n'est malheureusement pas dissipée encore et qui a été d'autant plus funeste, que le sang précisément devient plus couenneux à mesure que les spoliations sanguines ont été plus nombreuses.

A cette époque il régnait encore, à mon sens, une pratique fâcheuse : c'était d'associer l'opium au tartre stibié pour obtenir plus vite la tolérance puisqu'il devait agir par contre-stimulisme, suivant que l'avaient institué Rasori et Tomasini. Or je ne tardai pas à remarquer, comme l'ont constaté aussi Chomel et Sestier, que l'action de ce remède était d'autant plus favorable, qu'il amenait des évacuations plus abondantes et plus renouvelées; à ce point que, sur quelques sujets chez lesquels il ne produisait pas d'excrétions, loin d'être sédatif, il devenait excitant et m'obligeait d'en discontinuer l'usage. Ce fut alors surtout que je me rappelai le traitement de Kapeler, qui donnait le sel d'antimoine simplement dans deux pots de tisane, et qui passait, parmi les internes de l'époque, comme celui des divers médecins des hôpitaux qui donnait les meilleurs résultats. Malheureusement je ne proscrivais pas encore ni les sai-

gnées ni les vésicatoires. Tout marchait de front, comme toute cette artillerie marche encore pour beaucoup de médecins. On s'occupait fort peu des indications véritables : il suffisait que deux ou trois saignées eussent été pratiquées, que le tartre stibié eût été en même temps administré, pour que le tour des vésicatoires arrivât ; et alors, comme le mal ne cédait pas, on continuait aussi saignées, tartre stibié et vésicatoires, sans trop analyser leur action. Il m'a fallu beaucoup d'attention, beaucoup de réflexion pour en bien saisir les effets et enfin peu à peu et successivement renoncer aux vésicatoires, modifier le mode des saignées et finalement les supprimer après beaucoup de tâtonnements. En effet, je puis dire que j'ai été amené tout seul, par la propre force de l'observation, à modifier mon traitement, puis successivement à le fixer par une conviction que chaque fait rend toujours plus profonde.

On s'est demandé aujourd'hui si la constitution médicale aurait changé, et l'on s'excuse en disant que la tolérance pour les émissions sanguines est moindre à présent qu'il y a vingt ans. L'histoire elle-même le prouve peu, puisque, en analysant les faits d'il y a quarante ans, nous y découvrons les mêmes inconvénients et les mêmes dangers. Moi-même je n'ai vu ces inconvénients que peu à peu, et d'autres aujourd'hui ne les voient pas encore..... Avouons donc de bonne foi que c'est la médecine qui s'est perfectionnée et que l'action des remèdes a été mieux étudiée. Est-ce que, par exemple, il y a vingt ans quelqu'un aurait osé dire, comme l'ont montré particulièrement MM. Jaccoud et Bricheteau, que la saignée dans la pneumonie n'agissait qu'en soulageant momentanément le malade par une déplétion mécanique? Est-ce qu'on ne la considérait pas comme un remède topique, essentiel à la nature du mal? Est-ce que la couenne n'était pas une indication à renouveler la saignée? Aujourd'hui même les travaux d'hématologie de MM. Andral et Gavarret, qui ont porté la lumière dans cette question, n'ont pas convaincu tout le monde.

Je commencerai par exposer les effets de mon ancienne pratique et je mettrai ensuite en regard ceux de ma nouvelle.

§ 1. *Observations de* 1827 *à* 1845.

Obs. I. Je ne puis passer sous silence un des faits qui me frappa le premier. C'était un abbé qui, depuis 1827 jusqu'en 1829, était dans le service de Richerand et de mon illustre maître, M. Cloquet,

à l'hôpital Saint-Louis, pour une tumeur blanche du genou, et que nous soignions particulièrement avec mon digne et regrettable ami Bonnet de Lyon, qui déjà préludait à ses beaux travaux sur les maladies articulaires. Au moment où ce pauvre abbé était guéri par ankylose de sa maladie du genou, il prend dans son lit une pneumonie. Les saignées sont ordonnées, et presque aussitôt un large vésicatoire sur le côté. Je remarquai déjà que les saignées, loin de calmer la fièvre, relevaient le pouls, le rendaient plus large ; que le vésicatoire augmentait encore l'agitation circulatoire, au milieu de laquelle il fut rapidement engoué, puis asphyxié et mourut.

Obs. II. Je dois joindre ici un fait très-analogue que j'observai il y a vingt-neuf ans sur un jeune homme très-fort et très-vigoureux pour lequel je fus appelé en consultation à Saint-Martin de Bromes. Les saignées, les vésicatoires avaient été employés selon la coutume. A mon arrivée, je trouvai le malade luttant dans les tortures de l'agonie avec un pouls large, dépressible, rapide, et des sueurs froides. A cette époque, je me demandais si le traitement avait été insuffisant, si la maladie dépassait la puissance de nos moyens. Aujourd'hui, je ne verrais là, et on ne peut y voir que les efforts d'une réaction impuissante, les dernières convulsions d'une contractilité affaiblie par des pertes de sang inutiles.

Dans cet état de choses, je n'osai prescrire le tartre stibié ; je n'osais pas cependant conseiller de nouveau la saignée, quoique je fusse loin de lui attribuer les désordres physiologiques que j'observais. Je prescrivis une tisane de polygala, de l'oxymel scillitique, tout en attendant la mort prochaine du malade. Je ne pus penser à l'alcool, qui était bien loin d'être soupçonné à cette époque de pouvoir être appliqué à pareille affection.

Dans ce temps-là, on traitait plutôt la maladie ; aujourd'hui on traite particulièrement le désordre physiologique, et je puis dire que je suis entré un des premiers dans cette voie. Tous mes travaux dans le *Bulletin* en font foi.

De tels faits, tout significatifs qu'ils étaient, n'avaient cependant encore aucun enseignement pour moi ; ils n'en avaient pas davantage pour d'autres, et s'il en fallait des preuves, nous les trouverions dans la *Clinique* de M. le professeur Andral (1824), qui précisément plus tard a signalé une des plus grandes causes de l'erreur. Nous pouvons y voir bien des terminaisons malheureuses à la suite des saignées, mais même dans presque tous les cas, l'aggravation des symptômes, l'augmentation du pouls et même celle de la dypsnée. Enfin, la fascination était telle, que le docte professeur faisait à ce sujet quelques réflexions qui résument si bien les erreurs de l'époque, que je ne puis m'empêcher de les citer ici : « Pringle, qui est sans contredit une grande autorité médicale, avait

établi en principe général que dans la pneumonie il faut s'abstenir de saigner après le cinquième jour. L'observation de ce précepte a dû faire de nombreuses victimes, et Stoll prouva l'un des premiers que, pour pratiquer la saignée dans les phlegmasies pulmonaires, il faut moins avoir égard à l'époque de la maladie qu'à la nature des symptômes. L'état de la respiration doit particulièrement nous guider. Une forte dypsnée réclame beaucoup plus impérieusement une émission sanguine que ne la contre-indique la faiblesse du pouls. Combien de fois, en effet, ne voit-on pas le pouls, petit et misérable avant la saignée, se relever tout à coup lorsqu'à la suite d'une large émission sanguine la respiration est devenue plus libre (1)? »

Certainement après la saignée le pouls se relève; il ne se relève que trop, et nous n'en comprenions pas la véritable cause ni le danger; mais si la dyspnée peut être diminuée sur le moment, elle ne tarde pas d'augmenter, la respiration devenant précipitée comme la circulation. Précisément l'observation XVIII, qui suit immédiatement les réflexions du professeur, témoigne que les saignées, pratiquées contrairement aux principes de Pringle, augmentèrent chaque fois la suffocation jusqu'au râle trachéal et la mort (2).

Obs. III. En 1839, M. X***, âgé de trente-cinq ans, est atteint d'une broncho-pneumonie au milieu d'une bonne santé et d'une excellente constitution. Je le saigne : la dyspnée comme le pouls, un instant modérée, reprend de plus belle; le malade ne peut rester dans son lit que fortement soulevé sur des coussins. Le pouls est devenu plus large, plus développé, sans cependant augmentation de chaleur à la peau. Déjà cette discordance dans les phénomènes organiques m'effraye; je prie la famille de m'adjoindre un confrère, qui non-seulement approuve la saignée, mais qui conseille de la renouveler. Or le pouls, loin de diminuer augmente encore de fréquence et de plénitude pendant que la peau pâlit; la dyspnée s'accroît, et le malade succombe bientôt dans l'asphyxie et au milieu d'une réaction impuissante.

Après ces faits désastreux, que je pourrais malheureusement multiplier, je passe à d'autres que je considérais comme brillants, qui passèrent pour tels, et que cependant je ne puis regarder aujourd'hui que comme presque aussi fâcheux.

---

(1) *Clinique médicale*, t. I, p. 330.

(2) *Ibid.*, p. 231.

Obs. IV. Pendant l'hiver de 1834, un homme de soixante ans et un jeune homme de vingt-sept ans, tous les deux très-forts et très-robustes comme le sont plusieurs de nos paysans, sont pris à peu près en même temps de pneumonie dans la commune de Brunel. Matité de la base jusqu'à la moitié de la poitrine, râles muqueux et crépitants, fièvre intense, crachats rouillés, rien n'y manquait. Je pratique chez tous les deux, surtout chez le jeune, plusieurs saignées à la distance (notez ce fait) d'un ou deux jours, ne pouvant me rendre chaque jour et encore moins deux fois par jour dans cette commune. Je donne simultanément la potion stibée avec le sirop d'opium ; j'applique bien entendu de larges vésicatoires; et comme le pouls ne cédait pas, qu'il cédait d'autant moins que je saignais davantage, comme je n'avais pas d'autre moyen pour m'opposer à ce désordre circulatoire, que j'attribuais toujours à la violence du mal et nullement à la lutte de l'organisme que je provoquais par mes saignées, je les poussai très-loin et les faisais d'autant plus abondantes que, comme je l'ai dit, je ne pouvais me rendre tous les jours auprès de ces malades. Nonobstant, après des alternatives nombreuses et pénibles pendant une vingtaine de jours, la maladie s'amenda, la fièvre cessa, mais la convalescence fut interminable et dura pour ainsi dire jusqu'au retour de la belle saison. Le jeune homme même perdit tous ses cheveux, éprouva une desquamation épidermique générale, devint maigre et presque chétif, et deux ans après n'avait repris ni son embonpoint ni ses forces.

Obs. V. En 1839, deux autres hommes, l'un de Cerlière, l'autre de Manosque, sont pris de pneumonie ; je les traite comme les précédents ; ils finissent par guérir, toujours avec beaucoup de peine. Ils se lèvent cependant, mangent et sortent, mais ils sont faibles, pâles, haletants; la toux les reprend, et enfin ils succombent dans une sorte de marasme entretenu par une subinflammation pulmonaire, l'un après deux mois, l'autre après six. Evidemment la faiblesse organique ne put amener une résolution franche et entière de la phlegmasie pulmonaire.

Croirait-on que de pareils faits fussent interprétés défavorablement pour la méthode? En aucune manière. J'en étais très-glorieux, le public m'en savait un gré infini... La maladie était grave, elle avait été guérie avec la plus grande peine... Preuve de la puissance du traitement et de la faible constitution du malade... C'est ainsi, à travers de fausses idées scientifiques, que la méthode des saignées s'est propagée... C'est une semblable interprétation des faits qui entraînait Galien, Sydenham, Sauvages, Guy-Patin, Cullen, Bosquillon, Borsiori, Botal, Pierre et Joseph Frank, Huxham, Pringle, les principaux promoteurs des saignées.

Comment faire autrement que ces médecins qui avaient laissé un grand nom dans la médecine? Alors on ne comptait pas les faits,

on comptait les opinions, et MM. Louis, Chomel, Grisolle, en venant apporter des chiffres déjà très-expressifs, ne parvinrent pas tout à fait à se convaincre eux-mêmes. Toutefois, en lisant les ouvrages de ces grands maîtres, on voit qu'ils ont contribué les premiers à nous sortir de l'erreur, et que s'ils n'en sont pas entièrement sortis eux-mêmes, c'est qu'en comptant les faits, ils n'ont pas assez étudié et analysé les phénomènes.

D'ailleurs il n'est pas si facile de rompre avec des habitudes consacrées par des siècles. La science avait besoin de quelques progrès pour éclairer la pratique. Celle-ci était égarée par des faux principes : que la saignée était un moyen héroïque dans la pneumonie ; que le sang couenneux était le signe pathognomonique de l'inflammation pulmonaire, l'indication nouvelle de tirer du sang ; que la saignée était le seul moyen d'abattre la fièvre ; que partant il fallait la répéter tant que la fièvre ne cédait pas, etc., etc.

Devant de tels principes, les 78 cas de pneumonie produits par M. Louis, traités par la saignée et sur des sujets tous pris au milieu de la meilleure santé, dont 28 moururent (1), n'ébranlèrent aucune conviction, malgré leur désolante signification. Pas davantage les conclusions que tirait en 1836 M. Grisolle de 50 autres faits. Il s'exprimait ainsi : « Sur 50 faits, la saignée a été utile (18 fois) en produisant une amélioration plus ou moins rapide dans les accidents inflammatoires. Sur les 32 cas restants, ou bien la saignée n'a jamais empêché la maladie de faire des progrès rapides (18 fois), ou bien l'affection restait stationnaire et toujours au même degré de gravité (14 fois). » On peut donc affirmer que la saignée n'a eu qu'une influence *nulle ou douteuse sur la marche de la pneumonie* (2) ; que *dans aucun cas*, et quelque abondantes qu'aient été les évacuations sanguines (7 à 8 livres), on n'a jamais jugulé une pneumonie intense, lors même que le traitement était commencé dans les premiers jours de l'invasion.

M. Andral, cet esprit si judicieux et qui, comme nous l'avons dit, a été un des premiers à élucider la science en hématologie, fournit la preuve des funestes effets de la saignée dans presque toutes les pages de sa *Clinique*. On peut notamment en trouver une manifestation éclatante dans les observations XIX et XXII, où les saignées furent pratiquées avant le développement des symptômes

(1) *Archives de médecine*, 1828, et *Recherches sur la saignée*, 1836.
(2) Citation de M. Sestier, *Leçons de Chomel, pneumonie*, p. 525.

pulmonaires qu'elles furent impuissantes à conjurer; elles n'empêchèrent pas l'hépatisation de se produire, et chaque perte sanguine amena une augmentation de la dyspnée qui aboutit à l'asphyxie et la mort (1).

Ces observations, jointes à l'enseignement de ma pratique, m'autorisent déjà à conclure que :

1° La saignée n'était pas mieux indiquée et supportée il y a quarante-six ans qu'aujourd'hui ;

2° Les observations de M. Andral, les faits de M. Grisolle montrent de la manière la plus significative que la saignée est impuissante pour prévenir l'inflammation pulmonaire, pour en arrêter la marche et même simplement pour en atténuer les phénomènes ;

3° Au contraire tous les phénomènes morbides locaux et les symptômes généraux s'exaspèrent toujours davantage sous son influence ;

4° En conséquence de ces désordres signalés et si bien accentués à la suite de chaque saignée par l'augmentation de la dyspnée et de la fréquence du pouls, il est impossible de ne pas croire la saignée coupable du triste résultat.

Obs. VI. Le fait suivant d'un malade atteint de pleurésie aiguë avec épanchement vint modifier ma pratique. Il n'avait d'abord qu'un léger mouvement fébrile, mais après les saignées il augmenta successivement. Après la troisième, il eut des troubles circulatoires si violents, une agitation organique si pénible, qu'il se crut perdu et qu'au milieu d'une nuit il voulut mettre ordre à ses affaires spirituelles et temporelles. Effrayé moi-même, mais toujours poursuivi par cette idée devenue axiome par tout le monde, que la saignée était le meilleur, sinon le seul moyen de diminuer et finalement d'abattre la fièvre, et voyant manifestement le contraire, je finis par comprendre que la saignée amenait une réaction organique trop violente, soit qu'elle agît en surexcitant le système nerveux, soit tout simplement qu'en vidant trop rapidement le système circulatoire elle provoquât une contractilité trop subite de tous les vaisseaux. Sans doute, je ne voyais pas encore la véritable expression des phénomènes, car si la contractilité organique était augmentée, ce ne pouvait être une contractilité physiologique régula-

(1) Andral, *Clinique*, t. I, p. 292, 293 et 294. — Nous engageons le lecteur qui voudra approfondir la question à lire dans l'ouvrage même du célèbre professeur les observations dont nous regrettons de ne pouvoir donner que l'indication bibliographique. (*Note de la rédaction.*)

risée et harmonique, curatrice; je ne voyais pas qu'il ne pouvait s'agir que de contractions convulsives du cœur, dues à l'excitation des nerfs qui en règlent le mouvement. (Ces phénomènes physiologiques n'étaient pas expliqués alors.) Je ne compris pas bien encore que dans tous les cas il s'agissait d'une réaction impuissante, d'efforts sublimes comme on en voit dans l'agonie, mais enfin je vis le désordre physiologique occasionné par les saignées.

Toutefois, dans l'idée toujours fausse et funeste que c'était le seul moyen d'atténuer la fièvre bien que je visse qu'il l'augmentait, pour en obtenir de bons effets et pour éviter les perturbations fonctionnelles que je lui attribuais, je résolus de saigner mon malade à petites doses et d'y revenir aussi souvent que le pouls paraîtrait reprendre une nouvelle véhémence. En effet, mon excellent confrère M. Itard des Mées, qui était le médecin ordinaire du malade, adopta le moyen que je proposais, saigna trois fois par jour le malade en ne lui enlevant que 3 ou 4 onces chaque fois, et nous fûmes assez heureux pour éviter ainsi les violentes agitations de la circulation que nous avons signalées, puis pour voir la maladie s'amender et finalement guérir à l'aide d'autres moyens qu'il est inutile de reproduire ici (1).

Ma conviction n'était cependant pas complète, quoique déjà depuis 1842, dans la fièvre typhoïde (2), j'eusse reconnu les inconvénients des pertes de sang copieuses, et proclamé des petites évacuations par les sangsues à l'anus et jamais par la lancette.

Mais ici, me disais-je, c'est bien différent : tandis que dans la fièvre typhoïde les pertes de sang ne sont que des moyens adjuvants, dans la pneumonie elles sont indispensables, elles constituent, au dire de tout le monde, un moyen héroïque; si bien que, parmi les grands praticiens, les uns proclament de copieuses saignées, beaucoup conseillent de larges ouvertures à la veine pour que la déplétion soit rapide, révulsive peut-être; car le sang peut n'être pas couenneux en sortant d'une trop petite ouverture (Gendrin, *Hist. de l'inflammation*). D'où la fausse indication de ne plus recourir à la phlébotomie, lorsqu'elle pourrait être encore nécessaire.

Tout autant d'erreurs! Mais elles passaient pour des axiomes. J'essayai donc de tous les modes... et toujours je remarquai la réaction circulatoire occasionnée par la saignée. Le fait suivant me

---

(1) Voyez notre mémoire *Sur la pleurésie avec épanchement* (*Bull. de Thérap.*, t. LIX, p. 127).

(2) Voyez notre mémoire *Sur le traitement de la fièvre typhoïde* (*Bull. de Thérap.*, t. XXV, p. 46, 1845).

décida totalement à la pratique des petites saignées, que j'exécutais à peu près comme Bosquillon, *sero*, *meridie* et *mane*, non pas dans l'idée, comme lui et M. Bouillaud, de juguler la maladie, mais pour en atténuer peu à peu les phénomènes et les conduire ainsi lentement jusqu'à la résolution inflammatoire. Cette observation prouverait encore que la prétention de juguler une phlegmasie pulmonaire a été une illusion qu'il est impossible de conserver de nos jours.

Obs. VII. Il y a vingt-cinq ans, en mars 1844, un vicaire de Manosque, après une promenade au soleil ardent, à cette époque en Provence, rentre dans l'église qui est froide et est pris le soir même de toux, puis le lendemain de fièvre violente. Le pouls était large, plein, très-développé et très-fréquent; il ne se plaignait encore que de maux de tête. Je lui prescris le repos au lit, la diète absolue et d'abondantes boissons. Le soir, se plaignant en outre d'une légère douleur au côté et la fièvre n'ayant pas diminué, je lui pratiquai une saignée de 300 grammes.

Le lendemain la toux amena quelques crachats sanguinolents, et le râle crépitant fut manifeste... Nouvelle saignée répétée le soir, *couenne toujours plus prononcée*; mais comme pendant l'évacuation il y avait menace de lipothymie, et que déjà le trouble de l'intelligence me faisait craindre une complication d'ataxie, je bornai mes saignées à 100, 150 grammes, décidé à les renouveler aussi souvent que l'indication l'exigerait.

Je donnai aussi concurremment une potion stibiée et musquée pour combattre le *subdelirium* qui se montrait déjà; puis, malgré les saignées, le pouls ne cédant pas, les évacuations ayant cessé par la tolérance du tartre stibié donné en potion, je l'administrai un jour en lavage, et les selles qui s'ensuivirent amenèrent sur le pouls une détente notable, qui ne dura pas cependant; de sorte que je repris ainsi la potion et les saignées jusqu'au neuvième jour, arrivant ainsi jusqu'à treize saignées. Le soir le délire augmenta, et le lendemain au matin il fut si prononcé, que les dévotes assemblées déclarèrent net que je n'entendais rien à cette maladie, allèrent chercher un confrère qui vit là une fièvre typhoïde, ordonna un cataplasme sur le ventre, déclara le malade perdu et ne revint plus. J'arrive quelques instants après, on m'annonce ce pronostic, j'ausculte mon malade ; et comme la veille j'avais reconnu la résolution de la pneumonie par une matité insignifiante, tandis qu'elle était considérable les jours précédents ; que j'avais constaté que le râle crépitant de retour avait remplacé le souffle bronchique ; que les crachats rouillés s'étaient changés en simples mucosités; comme j'entendis ce jour même la respiration vésiculaire, et que j'en conclus partant à la disparition entière de la phlegmasie pulmonaire; que d'ailleurs il n'y avait aucune gêne dans la respiration; que je ne vis là que l'ataxie à laquelle j'étais familiarisé,

je déclarai au contraire mon malade sauvé. Seulement je lui prescrivis du musc à plus forte dose et quelques cuillerées de bouillon. En effet le soir il fut plus calme, le lendemain il le fut tout à fait bien, il put prendre quelques aliments liquides, et la convalescence fut établie, mais fut toutefois longue et pénible comme toujours. (1)

Tels étaient mes succès de l'époque, péniblement obtenus à travers beaucoup de dangers, des angoisses perpétuelles d'esprit et de conscience; mais enfin avec les petites saignées répétées je parais au principal inconvénient, aux grandes réactions, aux perturbations organiques que j'avais déjà reconnues pour fort dangereuses. Je crus avoir vaincu la difficulté : j'avais concilié les avantages des saignées avec leurs dangers. Ma pratique fut donc fixée dans ces principes pendant quelques années, jusqu'à ce que les observations multipliées, aidées de réflexions nouvelles, de l'étude plus profonde encore des phénomènes, vinssent enfin la changer tout à fait.

(*La suite au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Traitement par la compression de l'angioleucite intense :

Par Edward Alling, interne des hôpitaux.

Vers le commencement de l'année dernière, j'ai eu l'occasion d'observer, dans le service de M. le docteur Guyon, à Necker, quatre cas d'angioleucites très-intenses guéries rapidement par la compression. Si l'on cherche dans les auteurs classiques, on peut voir que ce mode de traitement, conseillé surtout par Velpeau, est tantôt simplement indiqué comme pouvant être essayé (Nélaton, Vidal), tantôt au contraire il est condamné, comme dans le *Compendium de chirurgie*, où on lit qu'il « doit être abandonné. » Follin, dans sa *Pathologie externe*, dit : « La compression est abandonnée. » Je crois donc que la relation de ces quatre cas peut offrir quelque intérêt. Mais il est indispensable de bien remarquer qu'il s'agit d'angioleucites et non de phlegmons diffus où ce mode de traite-

(1) Voir, pour plus de détails, *Quelques principes thérapeutiques à propos du musc et de l'ataxie* (*Bull. de Thérap.*, t. XXX, p. 329 ; 1845).

ment a été plus facilement accepté; de cette forme phlegmoneuse de l'angioleucite, séparée avec soin du phlegmon diffus par Velpeau, dans son article ANGIOLEUCITE, du *Dictionnaire* de Dechambre.

Obs. I. Le nommé P***, âgé de cinquante-neuf ans, entre le 14 février 1868 à l'hôpital Necker dans le service de M. Guyon. Il venait à la consultation, depuis quelques jours, faire panser une plaie de la pulpe du médius droit, lorsque le 11 février il s'est aperçu du début de l'angioleucite.

Le 14, jour de l'entrée, on constata une angioleucite des plus intenses, tant l'avant-bras est tuméfié, rouge, œdématié, douloureux, au point de faire penser un moment à un phlegmon diffus; le mode de début, son développement, des traînées rouges rubannées se dirigeant en haut vers l'aisselle établissent le diagnostic. Le même soir je lui fais, d'après le conseil de M. Guyon, un bandage roulé compressif.

Le 15 février, lendemain, on constate que l'angioleucite est arrêtée dans sa marche et paraît être même diminuée d'intensité. Nouveau bandage roulé.

Le 16, la rougeur n'existe que sur deux ou trois points, des plaques de 5 à 6 centimètres de diamètre à la face postérieure de l'avant-bras.

Le 17, ces plaques ont encore diminué d'étendue; on ouvre un petit abcès qui s'était formé au niveau de l'une d'elles, il en sort une petite quantité de pus rouge.

Le 19, il est considéré comme guéri et sort le 24 février.

Obs. II. Le nommé C***, âgé de soixante-cinq ans, entre le 15 février 1868, service de M. Guyon, avec un vaste abcès sous-aponévrotique de la face antérieure de la jambe et du dos du pied. L'abcès est ouvert, et des tubes à drainage passés à travers les orifices. L'abcès se déterge rapidement, mais, le 21 février, on avait quelques traînées d'angioleucite et des ganglions inguinaux tuméfiés. Frictions avec onguent mercuriel.

Le 23, l'angioleucite a considérablement augmenté; toute la jambe est extrêmement œdématiée, rouge et douloureuse; des traînées rouges, rubannées, nombreuses, montent le long de la cuisse; quelques ganglions tuméfiés. On enlève les tubes à drainage et on fait un bandage roulé compressif.

Le 24, déjà l'angioleucite a pâli et diminué d'étendue. Nouveau bandage roulé.

Le 25, la rougeur et le gonflement de la jambe ont beaucoup di-

minué, et on remarque que l'angioleucite, diminuée d'intensité jusqu'au niveau supérieur du bandage, s'est étendue au-dessus, sur une largeur de 7 à 8 centimètres. On fait monter le bandage jusqu'à la cuisse.

Le 27, la jambe a tellement blanchi, et le gonflement est si diminué, qu'on ne croit plus nécessaire de continuer le bandage compressif, on prescrit simplement des cataplasmes.

Le 28, il existe à peine de la rougeur.

Le 6 mars, il sort guéri de son angioleucite et de son abcès.

Obs. III. Le nommé L***, âgé de dix-sept ans, entre le 18 février dans le service de M. Guyon. Il a un panaris du pulpe du médius droit qui date d'un mois, mais il a, de plus, quelques phlyctènes et un peu d'angioleucite, qu'on attribue à quelque pansement irritant.

Le 23 février, depuis deux ou trois jours on remarque que l'angioleucite s'étend de plus en plus, et aujourd'hui ce sont des larges plaques en avant sur l'avant-bras, ainsi qu'autour du coude et plus particulièrement à sa face postérieure où le tissu sous-cutané est plus tuméfié. Peu de tuméfaction ganglionnaire. Frictions mercurielles et cataplasmes.

Le 24, l'angioleucite a un peu diminué d'intensité.

Le 25, à peu près même état. On applique un bandage roulé compressif.

Le 26, on constate que l'angioleucite a diminué d'une façon très-remarquable. Nouveau bandage roulé.

Le 27, l'amélioration continue, et, le 28, l'angioleucite a à peu près disparu. On cesse le bandage.

Le 6 mars, il sort guéri de l'angioleucite et du panaris.

Obs. IV. Le nommé G***, âgé de vingt-neuf ans, entre le 21 mars dans le service de M. Guyon.

Comme antécédents, il raconte que, le 1er mars, il a eu une écorchure au médius droit ; le 5 mars il remarque le gonflement d'un ganglion épitrochléen, puis de la rougeur qui, à partir du 10 mars, s'est étendue de plus en plus le long du bras.

Le 12 mars, on lui applique six sangsues vers le milieu de la face interne du bras, mais qui n'ont amené aucun soulagement, et il entre le 21 mars au service. Je constate le soir un gonflement du bras s'étendant du coude jusqu'à la limite inférieure de l'aisselle et occupant en largeur la moitié postérieure du bras ; toute la région est rouge, rénitente, douloureuse. Il existe en outre deux

noyaux se dessinant un peu dans l'empâtement général, l'un vers la limite supérieure, l'autre vers 8 centimètres au-dessus du coude. Le noyau supérieur, plus net et un peu plus volumineux, a à peu près la grosseur d'une noix; il n'y a pas de fluctuation. Je lui fais un bandage compressif après avoir entouré le bras d'une couche d'ouate.

Le 22, il dit moins souffrir, a dormi toute la nuit. En examinant le bras, on voit qu'il a beaucoup pâli, il est aussi moins gonflé et la phlegmasie moins étendue au niveau du noyau inférieur signalé; la peau est ridée et s'écaille. On renouvelle le bandage compressif. Le soir je refais le bandage, qui s'était relâché, et j'ai pu voir que l'inflammation a encore diminué d'étendue et d'intensité, et, de plus, que les deux noyaux sont ramollis, surtout l'inférieur.

Le 23, l'amélioration continue, il n'y a guère de rouge maintenant que la moitié postérieure de la face interne du bras.

Le 24, il ne reste de la phlegmasie que les deux petits noyaux signalés. M. Guyon les incise, il s'en écoule un peu de pus crèmeux. Ces deux abcès sont reliés cependant par une bande de tissu induré large de 4 à 5 centimètres, formé à peu près exclusivement par la peau, témoignant ainsi qu'on avait bien eu affaire là à une angioleucite et non à un phlegmon sous-cutané.

En un mot, dans ces quatre cas, le succès a été des plus évidents, mais cela ne prouve pas que la compression soit le traitement de toutes les angioleucites. Et, en effet, nous en avons observé bon nombre dans le même service où elle n'a pas été prescrite; mais elle nous a paru singulièrement efficace dans les cas où l'angioleucite est intense, accompagnée de rougeur vive et de gonflement étendu.

CHIMIE ET PHARMACIE

De l'action de l'essence de térébenthine pour combattre l'empoisonnement par le phosphore (1);

Par M. Personne, pharmacien en chef de la Pitié.

L'action toxique du phosphore est presque complétement substituée, de nos jours, à celle de l'arsenic, dans les homicides crimi-

(1) Communication faite à l'Académie de médecine.

nels ou accidentels. M. Ambroise Tardieu nous apprend, en effet, que les statistiques criminelles placent le phosphore au premier rang des substances vénéneuses employées dans ce but. Cette substitution, causée par l'usage si répandu des allumettes chimiques et de la pâte phosphorée pour détruire les animaux nuisibles est d'autant plus dangereuse que la médecine ne possédant, jusqu'à ce jour, aucun antidote pour combattre cet empoisonnement, les victimes sont presque fatalement vouées à la mort.

En présence d'un pareil état de choses, il était vivement à désirer qu'on découvrît un antidote sur l'efficacité duquel le médecin pût compter. C'est dans ce but que j'ai effectué les expériences qui font l'objet de cette note et d'après lesquelles je me crois fondé à proposer l'essence de térébenthine comme antidote du phosphore.

Les raisons qui m'ont déterminé à tenter ces expériences sont les suivantes :

1° On sait depuis longtemps déjà que l'essence de térébenthine, ainsi que d'autres hydrogènes carbonés, font perdre au phosphore la propriété d'être lumineux dans l'obscurité, d'émettre des vapeurs, on peut dire, de brûler à basse température.

2° M. Letheby nous a appris récemment que, dans une fabrique anglaise d'allumettes chimiques, à Stafford, on avait mis les ouvriers à l'abri de la nécrose des maxillaires, produite par les vapeurs de phosphore, en leur faisant porter, attaché à la poitrine, un petit vase ouvert renfermant de l'essence de térébenthine dont les émanations se trouvaient facilement à portée de la bouche et des fosses nasales.

3° Enfin, plus récemment, M. le docteur Andant a publié (1) l'observation d'une tentative de suicide au moyen des allumettes chimiques, qui a été entravée par l'essence de térébenthine que le malheureux avait ingérée dans le but de hâter sa mort et de la rendre plus certaine.

Les expériences dont je vais rapporter les résultats sont au nombre de quinze; elles ont été faites par séries parallèles de trois, sur des chiens de moyenne taille et choisis, autant que possible, de même force. La manière d'opérer était la suivante : le numéro 1

(1) *Bulletin de Thérapeutique*, septembre 1868, et *Répertoire de pharmacie*, octobre 1868.

Consulter une nouvelle observation du même auteur, *Bull. de Thérap.*, 30 mars 1869.

de chaque série recevait le phosphore seul; au numéro 2, on administrait l'essence une ou deux heures après l'ingestion du phosphore; enfin le numéro 3 recevait l'essence aussitôt après la prise du toxique. Cinq chiens ont donc pris le phosphore seul, cinq ont reçu l'antidote une et deux heures après le poison, et cinq ont pris l'antidote aussitôt après le poison. Tous ces animaux étaient à jeun depuis la veille au soir.

L'administration du phosphore et de l'essence a été faite à l'aide d'une sonde œsophagienne, introduite dans l'estomac par l'ouverture buccale. La dose du phosphore a été portée depuis 0,1 jusqu'à 0,3; une seule fois, il a été donné à l'état de mastic d'allumettes chimiques; pour les autres, il a été dissous dans l'huile d'amandes douces, qui était ensuite émulsionnée à l'aide du jaune d'œuf; la matière toxique était donc dans les conditions les plus favorables à l'absorption et, par conséquent, à l'empoisonnement. L'essence de térébenthine a été employée à la dose de 10 grammes, et émulsionnée au moyen du jaune d'œuf. Ces expériences ont commencé le 13 janvier et ont duré jusqu'au 27 février. Voici les résultats obtenus :

Les numéros 1 de chaque série, c'est-à-dire les chiens soumis à l'action du phosphore seul, sont tous morts.

Les numéros 2, qui ont reçu l'antidote une ou deux heures après l'ingestion du poison, ont éprouvé les mêmes symptômes que les premiers; quelques-uns ont été assez malades, mais un seul a succombé; les quatre autres ont recouvré une santé parfaite et ont été conservés pendant dix et quinze jours après.

Chez les numéros 3, qui ont reçu l'antidote aussitôt après le poison, un seul a succombé; les quatre autres n'ont éprouvé qu'une très-légère indisposition, qui ne s'est guère traduite que par un peu d'inappétence le premier jour, mais sans perdre leur gaieté et leur vivacité ordinaires. Ils ont été conservés depuis dix jours jusqu'à un mois, sans présenter aucune altération dans leur santé.

Ainsi tous les sujets qui n'ont pas pris l'antidote ont succombé, tandis que ceux qui ont été soumis à l'action de l'essence n'ont fourni que deux morts sur dix, et cependant l'antidote n'avait été administré à cinq d'entre eux qu'une et deux heures après le poison.

Cet insuccès s'explique du reste assez facilement : il tient certainement aux conditions de l'expérience. En effet, les deux morts proviennent de la même série qui a été mise en expérience, le 22 janvier, par une température rigoureuse : le froid était assez in-

tense pour congeler rapidement l'eau qui était à la disposition des animaux. Si j'ajoute que, dans cette série, on a employé la plus grande quantité de phosphore, 0,30, sans augmenter la dose de l'antidote, on concevra sans peine que l'action déprimante du phosphore sur les animaux, s'ajoutant à l'intensité du froid, ait pu avoir des suites fatales.

Comment l'essence de térébenthine peut-elle combattre et annihiler l'action toxique du phosphore? Elle n'agit certainement pas à la manière des antidotes ordinaires, qui ont en général pour effet de former avec le toxique des combinaisons insolubles ou inactives.

Voici l'explication qui me paraît devoir être donnée : le phosphore tue en empêchant l'hématose du sang qu'il prive de son oxygène (1), rapidement si l'absorption du sang est rapide, lentement si elle est lente. Dans le premier cas, la mort est assez prompte : c'est une véritable asphyxie ; dans le second, elle est plus lente, et cause cette dégénérescence graisseuse qui est le résultat du défaut d'hématose et qui fait succomber les individus. L'essence de térébenthine absorbée semble donc empêcher le phosphore de brûler dans le sang, de la même manière qu'elle empêche sa combustion à basse température dans l'air ; elle lui enlève la propriété de priver le sang de l'oxygène qui lui est indispensable ; il peut alors être éliminé sans avoir causé de désordre dans l'économie (2).

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Innocuité et avantages de la cautérisation faite avec la solution de nitrate d'argent dans le traitement de l'angine couenneuse diphthéritique.

A une époque où les notions thérapeutiques le plus généralement admises, les méthodes les mieux éprouvées sont si souvent mises en question, n'est-il pas opportun, de la part de ceux qui sont placés sur le terrain de la médecine militante journalière, de venir dire

(1) Le sang devient noir, et j'ai été assez heureux pour y constater la présence du phosphore par le procédé de Mitscherlich.

(2) La présence du phosphore a été constatée dans l'urine par M. Cartes, que je dois remercier ici du concours qu'il m'apporte dans ces expériences.

ce qu'ils ont observé, quelle conduite ils ont tenue au milieu de l'invasion de ces maladies si graves qui, par leur marche rapide, sont le fléau de l'espèce humaine? Les résultats obtenus, consciencieusement exposés par ces praticiens désintéressés au point de vue de la renommée et des doctrines, seraient peut-être l'enseignement le plus instructif qui peut être offert à ceux qui, dans la pratique de la médecine, ne poursuivent d'autre but que celui de la satisfaction du devoir accompli et le soulagement de leurs semblables.

Passant de ces généralités à une entité morbide plus spéciale, je vois avec peine les attaques dirigées contre la cautérisation dans la cure de l'angine couenneuse diphthéritique. Mettant de côté les différences doctrinales qui peuvent exister entre l'angine couenneuse commune et l'angine couenneuse diphthéritique (le diagnostic en a été tracé de main de maître par Trousseau); ne m'occupant que du point de vue pratique et purement médical, sans faire la statistique de tous les cas de cette maladie qu'il m'a été donné d'observer pendant un exercice de trente ans, tâche du reste que je ne pourrais convenablement remplir, parce que, absorbé par les exigences d'une clientèle rurale étendue, il ne m'a point été permis d'en tenir suffisamment compte, je puis cependant faire connaître le résultat de quelques faits qui m'ont plus particulièrement occupé dans ces derniers temps. De cet exposé j'espère faire ressortir en faveur de la cautérisation faite avec la solution de nitrate d'argent une évidence qui doit mériter l'attention.

Obs. I. Le 13 mai 1868, je fus appelé à Saint-Denis du Peyré, canton de Luçon, chez M. P***, propriétaire, pour y voir un enfant âgé de cinq ans. Les parents m'apprirent que cet enfant toussait depuis trois jours, mais que depuis la veille il avait beaucoup de peine à respirer. L'examen de la gorge me montra les amygdales, la luette et le voile du palais recouverts d'une couche épaisse de fausses membranes d'un blanc grisâtre; les ganglions sous-maxillaires étaient douloureux et tuméfiés. Malgré les cautérisations réitérées faites avec une solution de nitrate d'argent au quart, malgré les insufflations d'alun et l'usage d'une potion émétisée, l'enfant mourut le 15 mai.

Obs. II. Trois jours après le décès de l'enfant précédent, un autre frère, âgé de sept ans, fut atteint subitement des mêmes symptômes. Cette fois les parents, avertis par leur premier malheur, m'envoyèrent chercher aussitôt l'apparition de la maladie. La cautérisation faite avec une solution de nitrate d'argent au quart au moyen d'une éponge, une fois par jour pendant trois jours, en eut facilement raison.

A la même époque je fus appelé dans la même commune pour trois autres enfants dont les parents, attentifs à mes observations concernant l'importance d'une intervention immédiate, me firent appeler aussitôt la première apparition de l'angine couenneuse. Tous trois guérirent promptement par la cautérisation avec la solution de nitrate d'argent employée au degré énoncé ci-dessus et par le même procédé.

Obs. III. Le 6 janvier dernier, je fus appelé dans la commune de Lairoux, canton de Luçon, chez M. B***, propriétaire cultivateur, pour y voir un petit garçon de six ans, atteint de mal de gorge depuis la veille. Il me fut facile de constater la présence de fausses membranes tapissant les amygdales, la luette et le voile du palais, disséminées par plaques sur ces différentes régions, ainsi que le gonflement des ganglions sous-maxillaires. Une cautérisation faite chaque jour pendant trois jours au moyen d'une éponge, avec une solution de nitrate d'argent au quart, enraya facilement la maladie. Aucune ulcération ne succéda à la disparition de la diphthérite, mais l'enfant fut atteint d'une paralysie du voile du palais, qui persiste encore aujourd'hui malgré une amélioration évidente.

Les parents m'apprirent que quelques jours auparavant ils avaient perdu un autre enfant du croup.

Obs. IV. Le 24 février dernier, la mère de l'enfant précédent fut prise à son tour tout à coup d'angine couenneuse diphthéritique. Je fus appelé; le lendemain, les amygdales, la luette, les bords du voile du palais étaient tapissés de fausses membranes disséminées par plaques; les ganglions sous-maxillaires étaient sensibles et légèrement tuméfiés. Deux cautérisations faites à un jour d'intervalle au moyen d'une éponge, avec une solution de nitrate d'argent au quart, en eurent promptement raison; mais cette femme a conservé une voix nasillarde; elle avale avec peine; enfin elle a été atteinte d'une paralysie du voile du palais qui persiste encore.

Obs. V. Le 9 janvier dernier, je fus appelé dans la commune de la Bretonnière, canton de Mareuil, chez M. R***, fermier, pour y voir une petite fille âgée de quatre ans, atteinte du mal de gorge depuis la veille. Je constatai chez elle, comme dans les cas précédents, l'existence de fausses membranes sur les amygdales, la luette et les bords du voile du palais, ainsi que le gonflement des ganglions sous-maxillaires. La cautérisation faite chaque jour pendant trois jours, au moyen d'une éponge avec la solution de nitrate d'argent au quart, en triompha aisément.

J'avais cessé mes visites et croyais cet enfant hors de danger, lorsque le 21 du même mois je fus appelé en toute hâte auprès d'elle. Depuis ma dernière visite, la température avait été constamment froide et brumeuse; il faut dire aussi que la maison où habitait cet enfant se trouve située sur un terrain argilo-siliceux, auprès d'un cours d'eau important. Les parents la croyant guérie, l'avaient laissée sortir sans précautions. Je la trouvai aphone et presque expirante. Ayant examiné la gorge, je n'y constatai point

de fausses membranes ; elles s'étaient développées d'emblée cette fois dans le larynx. Malgré les insufflations d'alun et de calomel en poudre ; malgré des vomissements répétés, suivis de l'expulsion de quelques fragments de fausses membranes qui ne servirent qu'à confirmer le diagnostic, l'enfant expira le lendemain.

Obs. VI. Le 7 février dernier, je fus de nouveau appelé chez M. R*** pour lui donner des soins à lui-même. Il était atteint depuis la veille d'un mal de gorge diphthéritique semblable à celui que j'avais observé au mois de janvier chez sa petite fille ; en même temps des boutons d'ecthyma, qu'il portait sur les mains, étaient recouverts de fausses membranes. Des cautérisations réitérées chaque jour avec la solution de nitrate d'argent au quart, soutenue, par un régime analytique des plus reconstituants, ont assez promptement triomphé de ces accidents, et R*** a guéri sans paralysie consécutive et sans ulcérations sur les parties atteintes, après la disparition des fausses membranes.

Obs. VII. Le 25 du mois de février dernier, je fus de nouveau appelé à la Bretonnière, chez R***, pour soigner sa seconde fille, âgée de sept ans. Elle avait été prise tout à coup la veille d'une forte fièvre accompagnée d'un grand mal de gorge, qu'il me fut facile de reconnaître pour une angine couenneuse diphthéritique. La cautérisation au moyen d'une éponge avec la solution de nitrate d'argent au quart, accompagnée d'un régime fortifiant, ont triomphé peu à peu des fausses membranes ; il a fallu revenir plusieurs fois à la cautérisation. Il n'en est résulté aucun ulcère consécutif ; mais des morsures de sangsues, qui avaient été appliquées en dehors de mes prescriptions, se sont recouvertes de diphthérite. Ces plaies n'ont pu guérir, et l'enfant est morte épuisée le 15 du mois de mars.

J'ai eu occasion de soigner à la même époque, à la Bretonnière, quatre autres malades, âgés de six, de neuf, de quinze et de soixante-deux ans (ce dernier atteint pour la troisième fois, dans le courant de son existence, d'angine couenneuse diphthéritique) ; tous les quatre ont promptement guéri, sans autres lésions consécutives, par les cautérisations faites avec la solution de nitrate d'argent au quart.

Obs. VIII. Le 26 février dernier, je fus appelé pour donner mes soins au fils de D***, portefaix à Luçon. Cet enfant, âgé de quatre ans, s'était alité la veille en se plaignant du mal de gorge. Je constatai que les amygdales, la luette et les bords du palais étaient recouverts de plaques d'un blanc grisâtre. Trois cautérisations faites à un jour d'intervalle au moyen d'une éponge avec la solution de nitrate d'argent au quart amenèrent une amélioration si satisfaisante, que je cessai mes visites. Je fus mandé de nouveau le 3 mars ; j'appris que la veille cet enfant était resté toute la journée à jouer dans la rue avec d'autres enfants de son âge par une température tempêtueuse et humide ; je trouvai cet enfant avec une respiration anxieuse et la voix éteinte. L'examen de la gorge ne me permit de

constater aucune trace de fausses membranes; j'eus recours à des insufflations d'alun en poudre et de calomélas; je fis administrer une potion émétisée, qui n'eut d'autres résultats que de faire rendre des fragments de fausses membranes. L'enfant succomba le lendemain.

Trois autres jeunes enfants habitant le même quartier, pris en même temps que le jeune D***, qui furent traités dès le début de la maladie par les cautérisations réitérées faites au moyen d'une éponge avec la solution de nitrate d'argent au quart, guérirent plus ou moins vite, mais sans ulcérations consécutives ni traces de paralysie.

Obs. IX. Le 7 mars présent mois, on me pria d'aller donner mes soins au fils du sieur S***, jardinier à Luçon. Cet enfant, âgé de quatre ans, abandonné aux soins d'une servante et peu surveillé, avait commencé à être malade le 3 mars. Quand je le vis, il avait la fièvre et était complétement aphone ; les ganglions maxillaires, surtout du côté gauche, étaient douloureux et engorgés ; les amygdales, la luette et le voile du palais étaient entièrement tapissés de fausses membranes d'un gris noirâtre. L'enfant n'exhalait cependant aucune mauvaise odeur par la bouche. J'eus recours aux cautérisations de nitrate d'argent pour l'acquit de ma conscience, bien convaincu qu'elles seraient de nul effet du moment que la diphthérite avait gagné le larynx; je fis des insufflations d'alun et de calomel en poudre; je fis administrer une potion émétisée qui produisit des vomissements abondants; mais malgré mes soins l'enfant succomba complétement asphyxié.

Si on arrête un moment son attention sur les neuf observations qui précèdent, on voit qu'on peut les diviser en trois groupes :

1° Malades soignés tardivement et succombant fatalement malgré la cautérisation avec la solution de nitrate d'argent et les autres méthodes (2 cas);

2° Malades guéris d'une première invasion et succombant à une récidive ou à un état général consécutif (3 cas);

3° Malades soignés aussitôt l'invasion de la maladie et guérissant plus ou moins promptement (4 cas).

Dans le premier groupe, l'enfant de la première observation et celui de la neuvième, qui ne furent soignés que plusieurs jours après l'invasion de la maladie, ne retirèrent aucun profit de la cautérisation, pas plus que des autres moyens. Du moment que les fausses membranes eurent gagné le larynx et produit l'aphonie, elles causèrent constamment la mort.

Dans le second groupe, on voit les enfants de la cinquième et celui de la huitième observation, soignés dès le début de l'invasion et paraissant guéris, succomber ensuite très-promptement sous l'in-

fluence de la reproduction des fausses membranes dans le larynx. Celui de la septième observation succomba consécutivement à l'épuisement général causé par l'infection diphthéritique.

Ce qui frappe le plus dans les deux premières observations de ce groupe, c'est qu'à la seconde attaque les amygdales et le voile du palais, qui avaient été primitivement atteints, ont été complétement épargnés à la seconde fois, comme si le champ de leur première apparition, modifié par la cautérisation, fût devenu impropre à les recevoir.

Enfin tous les malades de la troisième catégorie, d'âges bien différents, mais tous soignés dès le lendemain de l'apparition de l'angine couenneuse diphthéritique, ont tous guéri plus ou moins promptement.

Je pourrais citer un grand nombre d'observations semblables. Celles-ci, telles qu'elles sont, me paraissent suffisantes pour montrer l'innocuité et les avantages de la cautérisation faite avec la solution de nitrate d'argent dans l'angine couenneuse diphthéritique.

On peut se demander si les cas de guérison doivent bien être attribués à l'angine couenneuse diphthéritique, ou s'ils ne doivent pas plutôt être classés comme des cas d'angine couenneuse commune, reconnue bénigne par tous les médecins ?

Autant qu'on peut raisonner par analogie, ils ne peuvent pas faire l'effet d'un doute. Le sujet de la deuxième observation, dont le frère était mort quatre jours auparavant de la diphthérite, ainsi que celui de la troisième, qui avait aussi perdu un frère antérieurement, étaient certainement atteints de la même maladie, et s'ils n'eussent pas été soignés aussi promptement, l'issue eût été la même. La rapidité de la guérison en est pour moi une preuve certaine. L'angine couenneuse commune ne guérit point aussi vite ; elle est précédée de prodromes plus longs ; elle laisse toujours après elle des surfaces ulcérées, tandis que, dans tous les cas soumis à mon observation, les pellicules disparues, les membranes muqueuses ont repris l'aspect rose et lisse de l'état normal.

Une autre preuve que les cas qui font le sujet de mes observations étaient bien de nature diphthéritique, c'est que dans les observations III et IV la guérison de la diphthérite a été suivie de la paralysie du voile du palais, c'est que dans les observations VII et VIII les plaies existantes se sont recouvertes de fausses membranes semblables à celles qui tapissaient les amygdales, la luette et le voile du palais.

Je ne considère point les cautérisations faites avec la solution de nitrate d'argent comme infaillibles ; mais lorsqu'elles sont faites dès le début et suffisamment répétées, je les considère comme le moyen médical le plus inoffensif et le moins incertain qu'on puisse opposer à l'angine couenneuse diphthéritique.

Avec de la patience et un peu d'adresse, on parvient toujours à les faire convenablement, même chez les enfants les plus jeunes et les plus indociles.

Rien ne peut remplacer l'éponge pour la sécurité et la promptitude de la manœuvre.

En médecine comme dans toutes les autres sciences, ne faisons pas table rase ; tenons compte de l'expérience de nos prédécesseurs, soyons attentifs à la voix du progrès, mais restons fidèles à nos doctrines et à nos méthodes tant qu'on ne nous aura pas prouvé qu'on peut faire mieux.

Dr F. Raud.

Luçon (Vendée), le 15 mars 1869.

Nous avons tenu à publier ce travail d'un de nos distingués confrères de province, qui est une réponse au travail de M. Cambrelin sur le traitement de l'angine couenneuse par la cautérisation. Comme nous partageons l'opinion de cet honorable médecin belge, nous demandons la permission de résumer pour nos lecteurs notre manière de voir sur la cautérisation dans l'angine couenneuse :

1° La cautérisation au début de l'angine couenneuse (diphthéritique ou diphthéroïde, car le diagnostic n'est pas toujours facile, surtout en temps d'épidémie), peut être utile, mais le médecin n'est pas toujours appelé à temps ; les cautérisations doivent être répétées, et ce n'est pas sans inconvénient pour les malades ;

2° La cautérisation, si parfois elle peut expulser les fausses membranes, ne les empêche pas de se reproduire, sinon à la même place, au moins à côté, et nous croyons que les cautérisations n'ont que bien rarement empêché la propagation de la diphthérie pharyngée au larynx. Les cautérisations n'ont pas le pouvoir préventif qu'on leur attribue, et comme elles ne sont pas inoffensives, mieux vaut s'en abstenir ;

3° Nous ne repoussons d'aucune façon le traitement topique, mais il est préférable de n'employer que des agents astringents et nullement caustiques, soit en pulvérisations, soit mieux en irrigations, s'il est possible : tannin, alun, jus de citron, acide lactique et eau de chaux. Ces deux derniers médicaments possèdent, comme

nous croyons l'avoir démontré par nos expériences, une action dissolvante sur les fausses membranes diphthériques (1);

4° Le lecteur consultera avec fruit le chapitre du *Traité des angines* du professeur Lasègue, où il est question du traitement de l'angine diphthéroïde. L'auteur est partisan des cautérisations avec des solutions caustiques faibles, mais il exige pour leur efficacité un manuel opératoire tout particulier, qui consiste dans l'arrachement préalable des fausses membranes, et cette méthode, praticable chez l'adulte, ne l'est pas chez les enfants. F. Bricheteau.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité d'hygiène générale, par le docteur Adolphe Motard.

C'est à plus de vingt-cinq ans d'intervalle que M. Motard publie cette seconde édition d'un livre qui, quoique non sans mérite, s'est un peu éclipsé dans la lumière de traités d'hygiène en tête desquels brillaient des noms qui avaient conquis le respect de tous. Pour se faire illusion à lui-même encore plus qu'aux autres, notre honorable confrère aurait pu illustrer la première page de son ouvrage en majusculant cette *seconde impression*. Que de livres se sont fait des aïeux à meilleur marché! Il ne l'a pas voulu, et nous l'en approuvons; c'est plus que de la modestie, c'est de la droiture. Cela nous conquiert de suite, et, sans engager notre indépendance, nous inclinons tout d'abord à encourager l'auteur à marcher dans une voie qu'il suit avec une honorable persévérance depuis si longtemps, et où il finira par laisser quelques empreintes de son infatigable labeur.

Rien qu'en parcourant le *Traité d'hygiène générale*, on voit que M. Motard est un esprit ouvert à toutes les lumières, lors même qu'elles viennent de régions qui, non sans raison, lui sont suspectes. Cette avidité de connaître est, comme caractéristique de l'intelligence, une très-bonne marque. Mais lorsqu'il s'agit de traiter didactiquement d'une science non-seule-

(1) *Note sur la dissolution des fausses membranes diphthéritiques*, par Bricheteau et Adrian (*Bull. de Thérap.*, t. LXXIV, p. 72, et *Bulletins de la Société de thérapeutique*, t. I).

ment bien délimitée, mais même d'une science aux limites aussi indécises que l'est l'hygiène générale, il faut s'en défier un peu. Si l'on ne se surveille pas suffisamment à cet égard, on touche un peu à tout sans rien approfondir, et en vertu d'une sorte d'*interférence* qu'on n'a point prévue, on fait de l'obscurité avec la lumière. « Tout ce qui n'est pas clair n'est pas français, » a dit quelque part Rivarol ; c'est ainsi que nous nous faisons quelquefois Allemands sans le vouloir. Ces réflexions ne pourraient-elles pas s'appliquer en une certaine mesure au savant médecin dont nous nous occupons en ce moment ? Nous le croyons, tous les auteurs de travaux d'hygiène, et j'entends parler ici des hommes qui ont acquis la plus haute autorité dans cette partie de la biologie, tels que MM. Michel Lévy, Fonssagrives, Tardieu, etc., tous se sont efforcés de bien marquer les limites du champ qu'ils se proposaient de parcourir et ont laissé aux sciences dont elles ressortissent logiquement les questions qui ne touchent que très-indirectement à l'hygiène proprement dite. Pourquoi M. Motard n'a-t-il pas imité cette sage réserve ? Qu'était-il besoin, pour ne citer que quelques exemples de cette intrusion inopportune, que notre érudit confrère inaugurât son travail en traitant de l'origine de l'homme, de son rang dans la hiérarchie des êtres, et que plus loin il abordât la discussion philosophique du problème de la dualité humaine ? Le bon sens de notre honorable confrère le préserve, et nous l'en félicitons, des solutions plus qu'aventureuses autour desquelles gravitent, sans s'y laisser entraîner complétement encore, un bon nombre d'esprits contemporains ; c'est très-bien, mais à étrangler de telles questions, à n'y laisser même entrevoir quelquefois que les solutions les moins propres à porter la lumière dans les esprits qu'on veut arrêter sur une pente dangereuse, au lieu de le servir, ne nuit-on pas plutôt à l'intérêt supérieur qu'on veut généreusement sauvegarder ? Que M. Motard relise à ce point de vue un article qui a été consacré à son livre dans la *Gazette hebdomadaire*, et où une critique un peu sommaire n'exclut pas une certaine bienveillance, et nous nous persuadons qu'il reconnaîtra que notre remarque n'est pas un vain lieu commun.

Mais non-seulement notre savant confrère se jette ainsi un peu à l'aventure dans des questions qui n'ont que des rapports fort problématiques avec la branche de la science à laquelle il paraît avoir consacré à peu près exclusivement sa vie ; en se laissant aller ainsi un peu à la dérive, il arrive presque à sombrer dans l'utopie. Ecoutez

plutôt : « Les villes, en résumé, dit-il, depuis la plus grande jusqu'à la plus petite, forment une série de lieux habités où les conditions de l'existence sont diverses. Si un pareil vœu était possible, chacun voudrait naître dans une habitation rurale, où l'aisance et l'air des champs développeraient le premier âge ; passer sa jeunesse dans une capitale pour y puiser les moyens d'instruction les plus variés et les plus complets ; y choisir dans une société de distinction une compagne modeste, élégante, instruite ; passer son âge viril dans une ville de cent mille âmes, adonnée aux opérations du commerce et de l'industrie, pour prendre part aux merveilles de l'activité humaine ; recueillir l'arrière-saison de la vie dans une ville de dix ou vingt mille âmes, adonnée aux beaux-arts et pleine d'une suave tranquillité, puis mêler sa tombe sur le riant coteau d'un village à quelques tombes modestes et oubliées de tous. » Ce long paragraphe un peu boiteux s'arrête ici brusquement ; mais on n'en est pas moins étonné de rencontrer un tel rêve dans un ouvrage de science sérieuse, et où se trouve souvent la marque d'un esprit qui, dans ses recherches, ne s'arrête pas aux bagatelles de la porte. L'utopie de Thomas Morus, la cité du soleil de Campanella, l'Oceana d'Harrington, l'Icarie de Cabet, le *mundus alter* de Hall, etc., n'ont pas de plus fantastiques idylles.

Comme nous prenons de plus en plus au sérieux l'humble tâche que nous remplissons ici, nous n'avons pas dû dissimuler aux lecteurs de ce journal ces hors-d'œuvre qui détonnent dans un livre d'ailleurs plein de science. Il ne nous resterait plus qu'à le reprendre dans son ensemble, en indiquer l'économie et en faire ressortir les parties les mieux étudiées. Mais à quoi bon ? Il s'agit ici d'une science dont le cadre à peu près indifférent est presque le même pour tous les auteurs qui en ont traité plus ou moins compendieusement. Le point essentiel, c'est de le remplir, et nous pouvons dire que M. Motard, très au courant des choses de la science dont il parle, n'y a laissé aucune lacune. Nous avons remarqué sur quelques points d'hygiène pratique une innovation qui, pour les gens du monde entre les mains desquels ce livre pourrait tomber, ne serait pas sans quelque utilité ; c'est une sorte de résumé dégagé de tout appareil scientifique et qui sous la rubrique de *préceptes hygiéniques* énuclée de discussions quelquefois fort longues et bardées de chiffres l'enseignement immédiatement applicable à la direction de la vie qui en ressort logiquement ; enfin, l'ouvrage se termine par un certain livre septième où l'auteur traite de l'hygiène des

besoins moraux, et où les bonnes intentions de notre savant confrère ne sauraient être mises en doute, mais que nous conseillons de lire avec précaution. Rien de plus facile que de biffer d'un trait de plume l'œuvre des siècles, mais toutes les révolutions ont leur quart d'heure de Rabelais, et gare aux insolvables!

Quand tant d'esprits, avec des moyens de propagande si divers, s'efforcent de populariser une science aussi utile que l'hygiène, doit-on désespérer, comme certains esprits chagrins semblent y incliner, de faire pénétrer au sein des populations les enseignements d'une science si féconde en applications utiles? Nous ne sommes pas si pessimistes, bien qu'à ce ciel entrevu nous voyions, suivant un mot consacré, bien des points noirs. On a dit spirituellement des croisades qu'aucune n'avait réussi et que toutes avaient réussi. Qu'on nous laisse espérer que l'hygiène, elle aussi, aura cette bonne fortune. L'ouvrage de M. Motard aura, nous en sommes sûr, sa part dans cette œuvre collective; les imperfections mêmes de son travail que nous signalions il n'y a qu'un instant lui recruteront des lecteurs dans la masse de ces esprits que tourmente une sorte de polyphagie intellectuelle et qui ne discutent guère ce qu'ils mangent. Quant aux médecins, quelques esprits méthodiques et délicats s'effaroucheront peut-être tout d'abord de cette science un peu confuse et mêlée; mais qu'ils ne se laissent par détourner par là de la lecture d'un livre d'ailleurs plein de science et de la science de la dernière heure; ils pourront y apprendre beaucoup de choses, même l'hygiène dans ses grandes et principales lignes.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Thérapeutique générale.

De l'action physiologique et thérapeutique du bromure de potassium, par Zaepffeld. (Th. de Paris, 18.)
Sur l'action thérapeutique des médicaments, par Sydney Ranger : bromure de potassium, de sodium et d'ammonium. (Lancet, 21 mars.)
De l'administration des aliments et des médicaments par les narines, par Anderson. (The Lancet, 27 mars.)
Des effets de l'hospitalisme sur la mortalité des grandes amputations, par Simpson. (British med., 30 janvier.)
Des applications des idées modernes à la thérapeutique enfantile, par Heslop. (British med., janvier.)
Des progrès que la thérapeutique doit à la physiologie expérimentale, par B. Caisso. (Th. pour l'agrégation. Montpellier, 1869.)

Des principes qui doivent inspirer et guider la thérapeutique, par le docteur Rambaud, de Lyon. (Lyon médical, n° 2.)
De la spécificité thérapeutique à propos du bromure de potassium, par de Fleury. (Journal méd. de Bordeaux, février 1869.)
De la valeur nutritive des différents aliments, par le baron Liebig. (The Lancet, 2 janvier 1869.)

Thérapeutique médicale.

Cas d'angine de poitrine avec lésion aortique améliorée par le nitrite d'amyle, le chloroforme et les injections hypodermiques de morphine, par Wilkes. (Lancet, 16 janvier 1869.)
Bons effets des bains de mer dans les affections lymphatiques et anémiques, par le docteur Pelt. (Giorn. Veneto di scienze medicbe, janvier 1869.)
De l'emploi de la brucine dans l'épilepsie stomacale, par Spence Ramskill. (Lancet, 16 janvier 1869.)
Chorée traitée par le suc de ciguë, par le docteur Welche. (The Lancet, 6 mars.)
Traitement de la chorée par la strychnine, par Langdon Down. (Med. Times, 15 mars.)
Sur le traitement de la chlorose, par Skoda. (Wienn. med. Press, 9.)
Le chlorure de baryum dans le nervosisme, par le docteur Vallesi. (L'Imparziale, mars 1869.)
Cas de convulsions épileptiformes, suite de coup sur la tête. Emploi de l'iodure de potassium. Guérison. (Med. Times, novembre 1868.)
Cas de convulsions puerpérales. Transfusion du sang. Guérison, par Lange-Wilhem. (Prag. Vjhrsch, CXXV.)
Du diabète et de son traitement, par Andrey. (Th. de Paris, 1869, n° 30.
Sur la thérapeutique de la diphthérie, par Betz. (Memorabillen, XIII.)
Sur le traitement de la diphthérie, par Ullerspager. (Journal für Kinderkrankeiten, LI, 1868.)
Des épispastiques dans les maladies des enfants, par le docteur Galligo. (Imparziale, décembre 1868.)
Des sédatifs dans le traitement de l'eczéma, par Marc. Wilson. (Annales de dermatologie, n° 2.)
Cas d'empyème guéri par la thoracentèse, par le docteur F. Orsi. (Gaz. méd. ital. lomb., décembre 1868.)
De l'emploi de l'eau froide dans les fièvres, par Liehermeister. (Leipzig, Wovogel)
De l'emploi de l'hyposulfite de soude dans les fièvres intermittente et typhoïde, par Sanger. (The Lancet, 6 mars.)
Du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, par Zurgensen. (Archive für Klin. med., V, 1.)
Hydatides du foie guéries par l'emploi de l'iodure de potassium, par Heckford. (British med. Jonrnal, septembre 1868.)
Cas de guérison d'hydrocéphalie, par Shannon. (Philad. med. and surg. Repert., XIX.)
De l'emploi des toniques dans l'hydropisie, par Gaylor. (British med., février.)
Considérations sur la nature et le traitement de l'ichthyose, par Lailler. (Annales de dermatologie, n° 2.)
Du traitement des inflammations. (El Siglo medico, décembre 1868.)
De l'emploi des injections hypodermiques de morphine pendant l'accouchement et les jours qui suivent, par Kormann Ernst. (Jabrh., CXL.)
De l'emploi des injections hypodermiques contre la colique, par Martyn. (British med. Journal, octobre 1868.)
De l'application de la glace sur la moelle épinière pour combattre les métrorrhagies, par Crook. (Phil. med. and surg. Repert., XIX.)
L'hydrothérapie dans la pellagre, par le docteur Castoldi. (Gaz. med. ital. lomb, 21 novembre 1868.)
De la valeur du microscope dans le traitement de la stérilité, par Marion Sims. (Wienn. med. Wochn., XVIII.)

Guérison de névralgies par la brûlure du pied et de l'orellle, par le docteur Finco. (Gaz. med. ital. lomb., 6 mars 1869.)
De l'obésité, ses causes et son traitement, par O. Cruveilhier. (Th. de Montpellier, 1868.)
Deux cas de pellagre guérie par l'arsenic. (Giorn. ital. delle mal. veneree, décembre 1868.)
Traitement du psoriasis par le baume de copahu, par Sims. (British med., 15 mars.)
Traitement des maladies du poumon chez les enfants, par Buchanan. (Jour. für Kinderkrankh., juillet-octobre 1858.)
Expériences sur le traitement de la phthisie pulmonaire par l'émulsion pancréatique, par Richard Kenkead. (Medical Press, 3 mars.)
De l'emploi des injections sous-cutanées de strychnine dans le traitement des paralysies, par Ch. Hunter. (British Review, avril 1868.)
Des injections hypodermiques de sublimé dans le traitement de la syphilis, par Grünfeld. (Wienn. med. Press.)
Des injections hypodermiques de sublimé contre la syphilis, par Derhlich. (Wienn. med. Press, 1868.)

Thérapeutique chirurgicale.

Note sur un procédé opératoire spécial pour la cure des abcès froids, par le professeur Sogliano. (Il Morgagni, 1868.)
De l'anesthésie produite par le protoxyde de nitrogène, par Braine. (British med. Journal, 25 janvier.)
Anesthésie chirurgicale, histoire et action de ses agents, par le docteur Romero Blanco. (El Siglo medico, janvier 1869.)
Ankylose angulaire du genou avec rétraction des muscles fléchisseurs de la jambe, guérison par le docteur Perozzi. (Ippocratico, février 1869.)
Cas d'anévrysme poplité, guéri par la compression et l'emploi simultané de l'éther pulvérisé, par Tyner. (Press med., XX.)
Du traitement de l'anévrysme poplité par la flexion de la jambe sur la cuisse, par Stopen. (Th. de Paris, 22.)
De l'emploi de la méthode sous-cutanée dans le traitement des bubons, par Wertheim. (Wienn. med. Wochn.)
De la carie vertébrale et de son traitement, par Ellcott. (Dublin Quarterly, novembre 1868.)
Cancer étendu de la mamelle, guéri rapidement par l'acide acétique et la créosote, par le docteur Marzottini. (Ippocratico, 15 septembre 1868.)
Sur le cathétérisme utérin, par Valenta. (Wienn. med. Press, IX.)
Effets psychologiques du chloroforme, par Lacassagne. (Th. de Strasbourg, 68.)
Convulsions épileptiformes succédant à une plaie de tête, guérison par la trépanation, par Alfred Poland. (Med. Times and Gaz., septembre 1868.)
De l'influence des inhalations d'éther sur la guérison des plaies, par Rabatz. (Wienn med. Press, IX.)
Du traitement des fractures de la jambe, par James Puget. (Lancet, 27 février.)
Opération pour la cure radicale de la hernie, par J. Fayrer. (Medical Times, 6 mars 1869.)
Cinq cas d'orchite chronique guérie par l'inflammation et l'occlusion de la tunique vaginale, par le docteur Scarenzio. (Giorn. delle mal. veneree, etc., janvier 1869.)
Du massage dans le traitement de l'inflammation des gaînes tendineuses, par le docteur Félix Riset. (Bulletin médical du nord de la France, décembre 1868.)
Du traitement des polypes intra-utérins, par Kidd. (British med., janvier.)
Sur le traitement de l'obstruction intestinale, par Head Thomas. (Saint-Barthol. hosp. reports, 3,)
Sur l'emploi chirurgical du suc gastrique, par le professeur Lussana. (Gaz. med. ital. lomb., 13 mars 1869.)
Des injections intra-utérines dans la métrite chronique, par Cohnstein. (Berlin. klin. Wochn., V, 48.)

Des indications de la résection coxo-fémorale, par Bœckel. (Gaz. des hôpitaux, nº 11, 1869.
Cas de rétroversion utérine irréductible dans la grossesse, ponction de l'utérus, guérison par Head. (Lond. hosp. reports, LV.)
Nouveau procédé pour l'opération du strabisme convergent, par le docteur Linares. (El Siglo medico, décembre 1868.)
Guérison d'une blessure de tête avec altération de l'appareil visuel, par le docteur Romanelli. (Il Morgagni, anno X, disperza IX.)
Trachéotomie pratiquée avec succès dans un cas de croup chez un enfant de quinze mois, par le docteur Resseguet. (Revue médicale de Toulouse, nº 2, 1869.)
Cas de tétanos traumatique guéri par les injections hypodermiques d'atropine. (Lancet, 19 décembre 1868.)
Sur l'étiologie, le diagnostic et le traitement du tétanos traumatique, par Gaillardon. (Th. de Montpellier 1868.)

Electro-thérapie.

Chorée guérie par la faradisation, par le docteur Ciani. (Gaze. med. ital. lomb., 28 novembre 1868.)
De quelques cures obtenues par l'électricité à l'hôpital Majeur de Milan, par le docteur Porro. (Gaz med. ital. lomb., novembre 1868.)
Guérison d'une paralysie faciale ancienne par l'emploi des courants galvaniques, par Landois et Mozler. (Berl. klin. Wochn., V, 34.)
Paraplégie hystérique ancienne guérie par l'électricité à la clinique médicale de Pavie, par le professeur Orsi. (Gaz. med. ital, lomb., 20 mars 1869.)
De l'emploi du courant galvanique dans le traitement du tétanos, par Mendel. (Berl. klin. Wochn., V, 38.)

Chimie et Pharmacie.

De l'aconit et de ses préparations, par Sydney Ringer. (Lancet, 9 janvier 1869.)
Expériences sur l'antagonisme de l'atropine et des alcaloïdes de l'opium, par le docteur Denis. (Gaz. hebdom., nº 7.)
Théorie de la dissolution du calomel dans l'organisme, par Jeannel. (Journal de médecine de Bordeaux, février 1869.)
De l'efficacité des semences de citrouille contre le ténia, par le docteur Campani. (Imparziale, décembre 1868.)
De l'huile de pétrole comme agent médicamenteux, par Mulvany. (British med., mars.)
De l'ipécacuanha à doses vomitives, par Higginbotam. (British med.l Journ., février.)
De la valeur des préparations ferrugineuses dans l'inflammation et la fièvre, par Crigton. (British med. Journ., jauvier 1869.
Remarques sur l'huile éthérisée de foie de morue, par W. Forster. (Medical Press, 24 mars 1869.)
Nouvelles expériences sur l'absorption du sulfate de quinine administré en frictions, par le docteur Primavera. (Il Morgagni, anno XI, disperza II.)
Essais de thérapeutique expérimentale; le soufre, par le docteur Ramiro Bellini. (Lo Sperimentale 1, 23.)
De la styllingia dans la syphilis, par M. Mechun. (Western Journal of medecine, février 1869.)

Toxicologie.

Empoisonnement par l'ammoniaque, par Henri Gintrac. (Mém. et Bullet. de la société médico-chirurgicale de Bordeaux, t. II.)
De l'empoisonnement par les graines de ricin, par le docteur Houzé de l'Aulnoit. (Arch. de méd., mars 1869.)
Cas mortel d'empoisonnement par l'huile de térébenthine, par Philipp Miall. (The Lancet.)

Empoisonnement par la lobelia, par Melmott Tiby. (Medical Press and Circ., 3 février 1869.)
Cas d'empoisonnement par la teinture de perchlorure de fer, par Warbuton. (The Lancet, 2 janvier 1869.)

BULLETIN DES HOPITAUX.

Cas de chorée traité au moyen de la fève de Calabar. — Nous avons enregistré il y a quelques années, dans nos tomes LXVIII, LXIX et LXX, des essais qui ont été tentés pour appliquer la fève de Calabar au traitement de la chorée, par le docteur Harley d'abord, puis par le docteur Mac Laurin et par M. Ogle. Dans chacun de ces trois cas la guérison a été obtenue. Resterait à savoir s'il en faut faire honneur à la médication mise en œuvre. C'est ce qui ne nous semble rien moins que démontré. La chose ne nous paraît pas beaucoup plus assurée dans la nouvelle observation que nous consignons ici aujourd'hui, et qui, comme la première, est empruntée au docteur Harley, de l'hôpital de l'University College ; cette manière de voir est aussi celle du rédacteur qui nous fournit le fait (1), lequel admet plutôt l'influence favorable des conditions hygiéniques meilleures dont le sujet malade s'est trouvé entouré dans les salles de l'hôpital. Quoi qu'il en soit, toutes les expérimentations entreprises à l'aide de cet agent précieux, récemment introduit dans la matière médicale, offrent un tel intérêt que nous croyons bien faire en rapportant le fait tel qu'il nous est fourni. On pourra peut-être l'utiliser plus tard pour une étude plus approfondie et plus décisive des propriétés thérapeutiques de la fève de Calabar.

Caroline K..., âgée de huit ans, entrée à l'hôpital le 14 novembre 1868.

Un mois environ auparavant, cette enfant fit une chute, et, en tombant, elle cassa un objet de ménage d'une certaine valeur; accident dont elle ressentit une vive impression, craignant d'être battue par son père. Trois ou quatre jours après, sa famille s'aperçut qu'elle avait la parole embarrassée et que ses mouvements n'étaient plus naturels. Trois mois auparavant, elle avait eu la scarlatine. Après l'avoir traitée pendant trois semaines comme malade ex-

(1) *Med. Times and Gazette*, 20 février 1869.

terne, M. le docteur Harley, voyant que non-seulement elle n'allait pas mieux, mais que même sa situation s'était empirée, la fit admettre dans son service.

Le jour de l'entrée, les mouvements choréiques étaient très-marqués. L'enfant parlait avec difficulté et d'une manière traînante, traînait ses jambes en marchant, et remuait d'une manière incessante sa tête et ses mains. Ces mouvements étaient notablement plus prononcés du côté gauche. Lorsqu'on lui disait d'étendre les bras et de rapprocher les doigts, elle ne parvenait à réunir ses doigts qu'après plusieurs tentatives et en pressant ses mains contre sa poitrine. A tous autres égards, l'enfant paraissait parfaitement bien portante. On lui continua le régime alimentaire qu'elle avait chez ses parents, un quart de livre de viande, un peu de pommes de terre, du pain, avec une pinte de lait et du pouding à la crème ; au déjeuner et avec le thé, du pain et du beurre.

Le 15 novembre, à cinq heures cinquante-cinq minutes, on lui fait prendre un grain de poudre de fève de Calabar mélangé avec un peu de sucre pulvérisé. Dix minutes après, elle n'en paraissait nullement impressionnée, causait avec une autre petite fille de la salle, et marchait absolument comme avant. Lorsqu'on voulut lui tâter le pouls, elle se mit à pleurer et à crier en s'efforçant de retirer son bras ; il y avait en ce moment, autant qu'on s'en put assurer, 144 pulsations ; rien du côté des pupilles. A six heures cinquante minutes, les pupilles étaient contractées, à la moitié de leur largeur ; le pouls toujours à 144. A huit heures vingt minutes du soir, les pupilles étaient revenues à leur dimension moyenne (mais à ce moment la petite malade était couchée et plus loin de la lumière) ; 25 respirations environ ; l'enfant semblait faire une longue respiration, la retenir pendant quelques secondes, puis elle faisait une expiration soudaine ; pouls à 120, régulier, petit. A dix heures quarante-cinq, à minuit quarante-cinq, elle était endormie, étendue dans un état de repos parfait, les pupilles contractées à la dimension d'un trou d'épingle; peau chaude et moite; mouvements respiratoires calmes et réguliers, environ 24 par minute; pouls à 76.

Le 16, même état que la veille. Les pupilles peut-être un peu plus étroites, mais pas d'une manière bien notable. Les mouvements choréiques sans changement. Un grain de poudre de fève de Calabar à dix heures et demie du matin, à deux heures après-midi, et

à huit heures du soir. A deux heures, pouls à 160; le soir, pendant le sommeil, à 96 et 80.

Le 17, situation comme précédemment. Pupilles normales; pouls de 104 à 140 ; un grain de poudre à dix heures un quart et à deux heures; pas le soir.

Le 18 au matin, le pouls est à 88 à un premier examen ; mais immédiatement il monte à 108. L'enfant est toujours plus ou moins effrayée quand on lui tâte le pouls. Deux grains à dix heures du matin et à deux heures, sans effet notable sur les pupilles et sur le pouls.

Le 19, pupilles naturelles; pouls à 160 le matin, mais l'enfant pleure et crie à ce moment. Deux grains à dix heures du matin. Pas de différence marquée dans la fréquence et l'intensité des mouvements choréiques.

Le 20, trois grains de poudre à dix heures et à onze heures trente minutes du matin. Nausées et vomissement d'une petite quantité de matière paraissant composée de pain et de beurre en partie digérés. Toute la matinée elle avait joué auprès du feu. 112 pulsations. Pupilles comme précédemment. Encore trois grains de poudre à deux heures.

Le 21, trois grains à dix heures du matin, à deux et à neuf heures du soir. Pouls de 108 à 120 ; à 72 seulement pendant le sommeil. Pupilles naturelles. La surveillante rapporte que vers l'heure du dîner (midi), l'enfant s'est mise tout à coup à pleurer et à se plaindre de douleur à l'estomac. Elle prit néanmoins son repas, et ensuite se mit de nouveau à pleurer pendant plusieurs minutes; il n'y eut pas toutefois de vomissements, et au bout de peu d'instants elle paraissait tout à fait bien.

Le 22, trois grains de poudre de fève de Calabar à dix heures trente minutes du matin, à deux heures et à neuf heures du soir. Pouls de 88 à 96, et à 76. Pupilles naturelles. Elle a été tranquille toute la journée. Cependant pas d'amendement notable des mouvements choréiques.

Le 23, trois grains à dix heures et à trois heures. Pouls 84 à 96. Pupilles naturelles.

Le 24, quatre grains et demi à dix heures du matin. A onze heures, l'enfant se met à pleurer très-fort et semble éprouver de vives douleurs dans le ventre. Garde-robe. Pas de vomissements. Au bout de peu d'instants elle rit et cause comme à son ordinaire. Le docteur Harley la voit l'après-midi de ce jour et la trouve sen-

siblement améliorée. Elle peut rapprocher ses doigts les uns des autres mieux que précédemment, et l'irrégularité des mouvements est considérablement diminuée. Pouls, 92 à 108.

Le 25, quatre grains et demi à onze heures. A midi et demi, elle se met à pleurer pendant environ une demi-heure. Elle n'accuse de douleur en aucun point ; mais elle semble très-effrayée et porte sans cesse ses mains à sa gorge ; toutefois l'examen de cette partie n'y fait rien découvrir de particulier. Pupilles normales, Pouls, 84 à 120.

Le 26, quatre grains et demi à deux heures du soir. Pas d'effet apparent. Pupilles normales. Pouls, 92.

Le 27, quatre grains et demi sont administrés à onze heures et demie du matin. A midi et demi, retour des pleurs et de l'agitation. Mise au lit, elle reste étendue les genoux relevés ; mais elle ne porte pas les mains vers son ventre, et n'accuse de douleur en aucun point déterminé, quand on lui demande où elle souffre. Elle ne se prend pas non plus la gorge comme elle le faisait il y a deux jours. Beaucoup de nausées, suivies d'un vomissement de liquide jaunâtre demi-transparent en petite quantité. Elle peut marcher d'une manière mal assurée, mais sans paraître souffrir davantage. Pupilles normales. Les pleurs augmentent lorsqu'on vient à exercer une pression sur l'abdomen.

Le 28, le médicament n'est pas administré ce jour. Pupilles normales. Pouls, 72 à 100. Elle a cousu un morceau de calicot assez régulièrement, mais elle s'est piquée les doigts un bon nombre de fois pendant ce travail.

Le 29, pas de médicament. Pupilles normales. Pouls, 72 à 80. Le docteur Harley trouve qu'il y a une grande amélioration. Elle tient maintenant ses doigts rassemblés, les mains en avant et éloignées de la poitrine, ce qu'elle n'avait pu faire jusqu'ici.

Le 30, pas de médicament. Pupilles normales. Pouls, 64 à 96.

Le 1er décembre, toujours pas de médicament. Le docteur Harley ne trouve pas qu'il y ait eu grande amélioration ces trois ou quatre derniers jours, et comme l'enfant a été exempte de douleurs, elle recommencera demain l'usage de la poudre de fève de Calabar. Pupilles normales. Pouls, 80 à 96.

Le 2, quatre grains et demi de poudre à onze heures quarante-cinq minutes du matin. A midi un quart, l'enfant se met encore à pleurer très-fort. Pupilles normales. Pouls, 64 à 88.

Le 3, quatre grains et demi à dix heures trente minutes du matin. Pupilles normales. Pouls, 56 à 84.

Le 4, pas de poudre ce jour. Pupilles normales. Pouls, 96. Amélioration notable depuis une semaine. Elle tient ses mains étendues beaucoup mieux qu'elle ne le faisait; elle peut maintenant, dit-elle, porter une théière de la main gauche, ce qui lui était impossible auparavant.

Le 5, administration de six grains de poudre à dix heures et demie du matin. Pupilles normales toute la journée. Pouls, 92. L'enfant ne s'est plainte d'aucune souffrance.

Le 6, six grains de poudre à dix heures du matin. Une demi-heure après, elle se met à crier et à se tordre sur le plancher. Sur sa demande, on la met au lit et à partir de ce moment elle se remet rapidement et revient au bout d'une heure à son état ordinaire. Elle n'accuse aucune douleur à l'estomac. Pupilles normales. Pouls, 68 à 84.

Le 7, suspension du médicament. L'enfant se met à pleurer un peu après le dîner, mais elle cesse presque tout de suite. Pupilles normales. Pouls, 84 à 108.

Le 8, six grains de poudre à onze heures et demi, sans effet notable. Pupilles naturelles. Pouls, 76 à 104.

Le 9, suspension de la poudre. Pouls, 68. Pupilles naturelles.

Le 10, six grains à dix heures du matin. Elle recommence à pleurer comme elle a fait précédemment; comme d'habitude, elle dit n'éprouver aucune douleur. Pupilles naturelles. Pouls, 72 à 104.

Le 11, il y a une grande amélioration dans l'état de l'enfant. Elle étend les mains et tient ses doigts très-bien et fermement rapprochés. Au bout d'un certain temps la main gauche devient légèrement tremblante. Six grains de poudre dans l'après-dîner. Pas de pleurs de la journée. Pupilles naturelles. Pouls, 72 à 92.

Le 12, six grains de poudre à six heures du soir. A la suite elle ne se plaint de rien. Pupilles normales. Pouls, 100 à 104.

Le 13, six grains de poudre à onze heures du matin. Calme parfait durant toute la journée. Pupilles normales. Pouls, 68 à 84.

Le 14, six grains à neuf heures quarante-cinq minutes du matin. A onze heures, nausées, pleurs; vomissement de 6 à 8 onces de matières en partie digérées, principalement formées de pain et de beurre qu'elle avait pris peu de temps auparavant pour son déjeuner. Depuis ce moment elle était restée assise près du feu. Interrogée, elle répondit qu'elle n'avait pas de douleur, mais qu'elle

pleurait parce qu'elle avait très-mal au cœur. Pupilles naturelles. Pouls, 64 à 96.

Le 15, six grains à dix heures un quart. Pas de plaintes ni de pleurs cette journée. Pupilles naturelles. Pouls, 92.

Le 17, six grains à dix heures du matin. Pas d'effet marqué. Pupilles non impressionnées. Pouls, 80 à 120.

Le 18, six grains à neuf heures et demie du matin. Pas de pleurs. Pupilles naturelles. Pouls, 80 à 88.

Le 19, six grains de poudre à dix heures du matin. Nausées tout d'un coup à onze heures ; pleurs, mais c'est parce qu'elle a vomi sur le plancher. Pupilles normales. Pouls, 68 à 100.

Le 20, six grains à dix heures et demie. Pupilles naturelles. Pouls, 68 à 88.

Le 21, six grains de poudre à dix heures. Vingt minutes après, elle demande à se coucher, a des nausées et vomit des débris de son déjeuner. Pupilles comme à l'ordinaire. Pouls, 68 à 72. Le docteur Harley voit l'enfant aujourd'hui et la trouve assez bien pour la renvoyer de l'hôpital. Elle peut étendre les mains, les maintenir immobiles pendant longtemps, et tenir sans peine ses doigts rapprochés les uns des autres. La parole est considérablement améliorée, et la marche solide et parfaitement régulière. Si elle est vivement excitée, elle laisse apparaître encore quelques mouvements choréiques, mais très-légers.

La petite malade a pris en tout cent cinquante-huit grains de poudre de fève de Calabar. Les notes, dans ce cas, ont été prises deux fois par jour, et quelquefois plus souvent. Jamais les pupilles n'ont été sensiblement impressionnées, excepté peut-être pendant une heure après l'administration de la première dose (un grain). Le pouls a été noté deux ou trois fois par jour, et son chiffre le plus haut et le plus bas a été consigné dans chaque note quotidienne. Jamais, après le premier jour, la respiration ne s'est montrée affectée. Dans une seulement des crises de pleurs et d'agitation qui ont suivi l'ingestion du médicament, elle a accusé des douleurs dans le ventre.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Des effets physiologiques de l'opium. Nous extrayons d'une des leçons du cours de médecine expérimentale de M. Cl. Bernard le passage suivant :

« Il y a deux actions éminemment

différentes dans l'opium. En effet, des six alcaloïdes de l'opium, trois sont soporifiques et trois convulsivants.

A la première classe appartiennent, en les rangeant par degré d'intensité d'action soporifique, la narcéine, la morphine, la codéine; et à la seconde, par intensité d'action convulsivante, la thébaïne, la papavérine et la narcotine.

Les trois alcaloïdes hypnotiques offrent, malgré leur grande analogie, des différences très réelles. La narcéine endort les animaux profondément; mais aussitôt revenus du sommeil ils récupèrent assez vite leurs facultés; il n'en est pas de même de la morphine. M. Cl. Bernard raconte le fait suivant : à deux jeunes chiens habitués à jouer ensemble, il injecta à l'un 5 centigrammes de morphine, et à l'autre la même quantité de narcéine. Ils s'endormaient tous les deux; mais, en se réveillant, l'animal qui avait été empoisonné par la morphine était morose et aburi, et ne reconnaissait pas son camarade, tandis que celui-ci revenait immédiatement à ses jeux. Le lendemain, l'expérimentateur renversa les conditions en faisant changer de rôle les deux animaux, et le résultat obtenu confirma alors, par la contre-épreuve, la première expérience.

Quant à la codéine, qui des trois substances est la plus toxique et la moins hypnotique, elle ne s'approprie pas bien aux expériences physiologiques.

Si l'on décompose plus attentivement les phénomènes obtenus par les alcaloïdes hypnotiques de l'opium, on constate deux périodes successives, qui sont : 1° l'*excitation*; 2° la *stupeur*. Il y a un troisième phénomène important à noter, c'est le degré de conservation de la sensibilité.

Le professeur examine successivement ces trois états.

Il y a quatre ou cinq ans, raconte M. Cl. Bernard, en faisant des expériences sur un chien qui allait se réveiller du sommeil anesthésique, il eut l'idée de pratiquer sur cet animal une injection sous-cutanée de 5 centigrammes de morphine. L'animal retomba immédiatement dans la plus complète résolution, et cet état se prolongea extrêmement longtemps. L'expérimentateur fut alors conduit à la pratique qui consiste à combiner l'action des deux agents, le chloroforme et la morphine, afin de mettre les animaux, et notamment les chiens, dans les conditions d'expérimentation les plus favorables qu'on puisse obtenir.

Mais il est essentiel de savoir, et c'est là un phénomène très-important, que les animaux, si profondément stupéfiés qu'ils soient par la morphine, gardent toute ou presque toute leur sensibilité; et, bien plus, à ce phénomène complexe de sensibilité et de stupeur il s'en rattache un troisième, déjà signalé, l'excitabilité des animaux. Ainsi, non-seulement l'excitabilité est la première à se manifester, mais elle persiste pendant l'état de stupeur, et, dans certaines espèces, elle est presque la seule dominante.

Il ne faudrait pas croire cependant que les narcotiques n'atteignissent point la sensibilité; ils l'émoussent, au contraire, très-évidemment, ce que l'on peut reconnaître surtout à l'influence de l'électricité; mais un des points que ces expériences doivent faire ressortir, c'est que la sensibilité n'est jamais *éteinte* par les narcotiques.

Et ce qui est surtout essentiel, c'est de se rendre compte de la différence notable qui existe entre l'excitabilité et la sensibilité, deux phénomènes d'ordre tellement différent, que, loin de marcher ensemble, ils semblent s'exclure dans certains cas.

Quant à l'expérience sur l'action combinée du chloroforme et de la morphine, M. Cl. Bernard entre dans des considérations théoriques sur le mode d'action de ces agents combinés.

Lorsque le chloroforme est employé le premier, et que, la sensibilité une fois éteinte, on injecte la morphine, l'animal reste insensible pendant plusieurs heures.

Il faut admettre, pour l'explication de ce phénomène, que la morphine rend actives les molécules de chloroforme contenues dans le sang pendant l'anesthésie, même dans le cas où la quantité de l'anesthésique contenue dans le sang ne pourrait pas à elle seule, sans l'action *surajoutée* de la morphine, maintenir l'insensibilité.

Et, en effet, si après l'administration du chloroforme on laisse écouler un certain temps avant d'injecter la morphine, le phénomène de l'insensibilité prolongée ne se produit pas; c'est qu'alors, entre le moment de l'administration de l'anesthésique et le moment de l'injection du narco-

tique, il s'est passé un temps suffisant pour que ce dernier, dont l'action n'est pas instantanée, ne puisse plus ajouter son action à celle du chloroforme, et ainsi prolonger l'anesthésie.

Si maintenant on injecte d'abord la morphine, et que l'administration du chloroforme n'ait lieu qu'après l'apparition des symptômes du narcotique, l'effet de l'anesthésique est extrêmement rapide, parce qu'il en faut très-peu pour obtenir de l'action; mais l'animal ne reste pas dans l'insensibilité prolongée comme dans l'expérience précédente.

M. Cl. Bernard émet l'opinion que, dans ce cas, la morphine, rendant les nerfs sensitifs plus excitables, a pour effet d'exagérer l'action du chloroforme. (*Gazette hebdomadaire.*)

De l'emploi de la chaux prise à l'intérieur dans le traitement de certaines tumeurs. L'*Année scientifique et médicale*, publiée par les professeurs agrégés de Montpellier, dont la sixième année vient de paraître, renferme un résumé d'un article du journal anglais *the Lancet*, qui est intéressant. Les docteurs Peter Hood et Spencer Wells administrent à l'intérieur, comme remède empirique, la poudre d'écailles d'huîtres.

Le docteur Spencer Wells, mettant à profit les observations du docteur M. Clintock, relatives au traitement par le chlorure de chaux, de l'hémorrhagie provenant des tumeurs fibreuses de l'utérus, a employé la chaux contre ces tumeurs. Il a remarqué que, à la suite de cette administration, les tumeurs éprouvaient une atrophie sensible, une véritable calcification. La modification survenue dans diverses espèces de tumeurs commencerait dans les tuniques artérielles, qui subissent une dégénération athéromateuse d'abord, puis calcaire, avec une diminution notable du calibre du vaisseau et du courant sanguin. Dans son opinion, si l'usage de la chaux était trop longtemps continué, non-seulement les vaisseaux de la tumeur, mais encore toutes les artères commenceraient à dégénérer, comme le prouve la formation de l'arc sénile autour de la cornée.

La poudre que le docteur Peter Hood tient du hasard s'obtient ainsi :

Mettez au four environ 4l.50 d'écailles d'huîtres; ne les en retirez qu'au bout de trois jours. Raclez la partie blanche de l'écaille, pulvérisez-la finement, et prenez en une ou deux fois par jour, dans du thé, autant qu'il pourra en tenir sur un shilling. Si le malade se trouve fatigué au bout de quelque temps, il n'a qu'à suspendre le remède un ou deux jours pour le reprendre et le continuer pendant trois à quatre mois. Un gentleman, auquel Astley Cooper avait prédit une mort prochaine s'il ne faisait pas enlever une tumeur de la grosseur d'une petite orange qui occupait la joue, rejeta l'opération, fit usage de la poudre calcaire, et fut guéri de sa tumeur en moins de six mois. (*Journal de méd. et de ch. pratiques.*)

Cas de tétanos guéri par le bromure de potassium. Un médecin de la Trinité, le docteur Bachencel appelé auprès d'une négresse, blanchisseuse de son état, et qui travaillait les jambes dans l'eau, ce qui lui avait fait venir des ulcères à une jambe, la trouva atteinte d'un trismus très-prononcé. La malade avait déjà eu une violente attaque de contracture, et elle se plaignait de douleurs vives. Il lui prescrivit 4 grammes de bromure de potassium en trois heures, avec ordre de renouveler la dose après ce temps. Étant revenu le soir, il vit que la malade était sous l'influence de vertiges bromiques, et que tout symptôme de contracture avait disparu; les mâchoires étaient libres.

Cette observation, comme le dit l'auteur, ne prouve rien; mais elle montre que le bromure de potassium peut être tenté dans le tétanos, ce qui n'a pas encore été fait. (*The Lancet*, 27 février.)

Chorée rhumatismale intense. — Traitement par le bromure de potassium. — Guérison complète en huit jours. Les succès obtenus dans le traitement de l'épilepsie par le bromure de potassium avaient fait espérer à M. J. Worms que ce médicament pourrait rendre des services dans le traitement de la chorée, qui se relie à l'épilepsie par l'analogie des désordres du mouvement. Quoique l'observation suivante, recueillie dans le service de M. Worms, médecin de l'hôpital Rothschild, par M. Martin, interne de ce service, soit encore isolée, elle établit une présomption en faveur de l'efficacité de cette méthode, en raison de

l'intensité exceptionnelle des accidents observés et de la rapidité avec laquelle la guérison a été obtenue.

Georges B.... employé de bureau, âgé de quinze ans, pâle, maigre, d'une faible constitution, est entré à l'hôpital le 19 décembre 1868.

Le malade en est à sa seconde attaque de chorée. La première attaque a eu lieu l'an dernier, à peu près à la même époque. Traité par l'hydrothérapie, son état a été amélioré au bout de quinze jours. Au mois de mars dernier, il éprouva un gonflement douloureux des articulations du genou, probablement de nature rhumatismale.

Sa mère a eu plusieurs fois des attaques de rhumatismes.

Malade depuis le 18 décembre, veille du jour où il se présenta à l'hôpital, il a été pris d'une agitation de tous les membres a la suite d'une vive émotion. Les accidents se sont développés brusquement et ont atteint leur summum d'intensité le jour même de leur apparition.

Le 19, on constate que les mouvements du côté gauche sont un peu plus désordonnés que ceux du côté opposé. Il n'existe pas de grimacement de la face. La langue est de temps en temps légèrement attirée au dehors et ramenée aussitôt dans l'intérieur de la bouche. La face se penche en avant, puis se redresse brusquement. La tête, tournant sans cesse de droite et de gauche, est fréquemment déplacée par l'agitation des muscles du cou.

Les membres thoraciques éprouvent des secousses violentes, irrégulières et exécutent des mouvements forcés de pronation et de supination, d'adduction et d'abduction. La préhension est difficile. Le malade porte avec beaucoup de peine à sa bouche un verre plein de liquide, qu'il saisit avec ses dents après avoir fait avec le bras une série de mouvements irréguliers, brusques et saccadés.

Les membres inférieurs sont vivement projetés en avant, à droite et à gauche. La démarche est irrégulière et pénible.

Il existe en outre une grande mobilité du caractère: pas de troubles des facultés intellectuelles. Hyperesthésie généralisée. Légère dilatation des pupilles.

La respiration est normale. Le pouls n'a pas augmenté de fréquence. Les battements du cœur sont précipités; il n'y a pas d'anxiété précordiale. L'appétit est conservé.

M. J. Worms institue le traitement par le bromure de potassium à la dose de 1 gramme.

Le 20, même état; il existe de plus une douleur dans l'articulation du poignet, un peu de gonflement et de rougeur. Prurit à la partie postérieure de l'avant-bras. Bromure de potassium, 1g,50.

Le 21, mêmes accidents, paroles lentes, prononciation difficile, douleur dans le cou-de-pied, gonflement assez considérable sans rougeur. Le bromure est administré à la dose de 2 grammes.

Le 22, aucune amélioration. On porte le bromure à la dose de 2g,50.

Le 23, l'agitation est toujours la même. Les douleurs articulaires ont un peu diminué. Bromure de potassium, 3 grammes.

Le 24, agitation un peu moins vive. Bromure de potassium, 3g,50.

Le 25, mieux sensible. La douleur du poignet n'existe plus. La douleur du cou-de-pied est à peine sensible. Le gonflement persiste. 4 grammes de bromure.

Le 26, l'agitation a presque complétement disparu. Le malade demande à sortir. On continue à donner le bromure de potassium jusqu'au 27 décembre, en diminuant les doses.

Le malade est complétement rétabli, et sort le 1er janvier sans avoir eu de nouveaux accidents.

Empoisonnement par le pétrole. Les occasions d'observer les empoisonnements par le pétrole ont été trop rares pour qu'il n'y ait pas quelque intérêt à enregistrer le cas suivant :

Le sieur Paret, plâtrier, demeurant rue du Mouillon, à Rive-de-Gier, a bu par mégarde une certaine quantité de pétrole rectifié, et presque immédiatement il a été pris d'inflammation à la gorge, de coliques violentes avec envie de vomir; un instant après, des crises tétaniques affreuses à voir sont survenues.

Le malade se tordait dans des souffrances horribles, bientôt suivies d'une roideur générale accompagnée de cris et hurlements épouvantables. Après un repos relatif de dix minutes, cet état recommençait à nouveau avec plus de violence encore. Pendant l'accès, nul liquide ne pouvait passer, et c'étaient d'effroyables efforts pour vomir.

Profitant des rares intervalles de

calme, le docteur Ilumbert a pu parvenir à faire avaler au malade un émeto-cathartique énergique, et bientôt des expectorations abondantes, sentant le pétrole, sont venues soulager et arrêter les crises. Le docteur en a profité pour administrer des émollients, ainsi que de la magnésie anglaise; enfin, après trois heures d'une vigoureuse médication, l'art a triomphé définitivement du mal.

Le spectacle que les assistants ont eu sous les yeux pendant cette terrible série de convulsions restera longtemps gravé dans leur mémoire. Quatre et même six hommes avaient peine à contenir le patient.

Aujourd'hui il ne reste plus qu'une inflammation modérée dans les entrailles et à la gorge; mais, en revanche, il existe une ophthalmie intense produite par les vapeurs du pétrole, et les efforts des vomissements. Néanmoins, il y a lieu de croire que sous peu le malade pourra reprendre son travail. (*Journal de chimie médicale.*)

Empoisonnement par le camphre. Dans sa séance du 12 octobre dernier, la Société de médecine et de pharmacie de Grenoble a écouté avec intérêt un fait d'accidents graves d'empoisonnement occasionnés par un lavement de 5 grammes de camphre dissous dans un jaune d'œuf. Il est vrai qu'il s'agissait d'un enfant de trois ans et demi atteint d'une légère fièvre typhoïde. Lividité de la face, efforts de vomissement, sueur froide, convulsions, symptômes de sédation annoncés par l'immobilité, l'état de stupeur des sens, impossibilité d'uriner, etc. Cela dura dix heures et fit naître de vives appréhensions dans l'esprit du docteur Buissard. Toute la médication antidotaire a consisté en quelques tasses de café, et l'enfant fut sauvé. Si nous ne nous trompons, il y a relatés dans les journaux de médecine, des exemples analogues d'empoisonnements produits par des doses relativement minimes de camphre, et le praticien devra manier ce médicament avec une certaine sobriété. (*Journal de Chimie.*)

VARIÉTÉS.

TROUSSEAU (1).

Eloge prononcé à la Société de thérapeutique, dans sa séance du 5 mars 1869, par M. Pidoux, président honoraire de cette Société, etc.

J'ai dit tout à l'heure que la nature de son esprit, amoureux à tout prix de précision et de clarté, rendait Trousseau très-propre au rôle qu'il a joué dans la restauration des espèces morbides, ce rôle qui l'entraîna peut-être trop loin dans les voies du nosologisme ou du spécificisme. Tel fut, en effet, Trousseau dans sa chaire; mais pour le peindre au vrai, il ne faut pas manquer de dire que, chez lui, le praticien n'était pas dupe du professeur. Au lit d'un malade qui ne devait pas être l'objet d'une leçon, mais d'une consultation, l'intelligence pénétrante et flexible de Trousseau le rendait apte à suivre et à comprendre toutes les transitions, toutes les nuances, toutes les métamorphoses qui rendent la médecine pratique si individuelle et l'arrachent aux cadres étroits et artificiels de nos nosologies. Dans ses leçons, il généralisait beaucoup; dans sa pratique particulière, il individualisait toujours. A cela, je reconnais le vrai médecin. Nous n'étions pas toujours d'accord quand il philosophait en pathologie, nous l'étions presque constamment au lit du malade, en consultation. Ne dirait-on pas que, pour bien enseigner à des élèves, il faut ou affirmer ou nier quand même, catégoriser, spécifier, rejeter les exceptions qui détruisent les fausses règles, et exposer les choses bien plus avec les bornes de son esprit, qu'avec la continuité infinie des rapports et des transitions de la nature ?

Ces processus de la nature dans les maladies, on a maintenant un autre moyen de ne pas plus les voir dans la clinique que dans les traités ou les leçons de pathologie, c'est d'échapper aux abus du spécificisme, qui considère et traite les maladies comme si elles étaient des êtres, en les considérant comme si elles étaient des accidents. Cela nous ramène, sous le nom de *pathologie expérimentale*, une nouvelle phase du physiologisme. Nul doute que, lorsqu'il sera débar-

(1) Suite et fin; voir la précédente livraison, p. 332.

rassé de ses naïvetés et de ses inadvertances, ce système, bien fait pour séduire la jeunesse. ne soit appelé à rendre de grands services à la pathologie et à la médecine. Mais il faut qu'il se souvienne que les maladies se font et qu'on ne les fait pas. et que chaque symptôme d'une maladie participe de la nature de cette maladie et la représente tout entière; qu'ainsi, une douleur, de la fièvre, un spasme, un délire. un flux, une congestion. une anémie, etc., sont typhoïdes, goutteux. herpétiques. syphilitiques, scarlatineux. et non de la fièvre, une douleur, un spasme quelconques; d'où il suit que les symptômes ou l'enchaînement d'accidents qu'on provoque expérimentalement ne sont encore que de la pure physiologie, et ne peuvent donner que le mécanisme de la production des actions morbides extérieures indépendamment de la nature ou de l'espèce de la maladie

Je m'arrête, tant je suis pénétré. qu'ici. messieurs et chers collègues. je ne dois vous parler que de Trousseau. Si j'ai touché à la préoccupation du moment, c'est que je suis sûr d'en dire ce qu'il vous en dirait lui-même s'il était au milieu de nous, mais avec ce sens pratique, cet instinct sûr du vrai en médecine qui le distinguaient, et qui, s'adressant à tous les esprits, sont plus éloquents que les doctrines.

Trousseau, sorti du Bureau central, dut quitter l'Hôtel-Dieu, et son second maître. Récamier, dont il avait illustré le service par son enseignement, non toutefois sans que le vieux clinicien encore vert, encore fougueux, n'y jetât de temps en temps « les restes d'une ardeur qui s'éteint. » Récamier arrivait souvent, soit dans le cours de la visite, soit au milieu de la leçon. Il écoutait Trousseau un instant, puis il demandait à prendre la parole. Il n'était pas inutile que son lieutenant lui eût fourni un sujet précis, et qu'il eût limité par un fait ou par une opinion très-déterminés la puissance d'évocation et d'imagination vitalistes dont le maître était quelquefois possédé. Récamier s'emparait du fait ou de l'opinion, et leur donnait le cachet de son expérience si riche et si animée; puis, il partait souvent de là pour s'élancer dans les espaces d'une métaphysique un peu trop personnelle pour être pénétrée par ceux qui n'avaient pas la clef de la partie abstruse de ses principes, région obscure d'où s'échappaient parfois des éclairs Eh bien, Trousseau avait le sens médical si développé, qu'il savait tirer un grand profit de ces échappées profondes de son chef, et qu'il s'en servait avec beaucoup d'habileté pour donner de la force et de l'ampleur à son naturalisme médical. Je vous laisse à penser si ces joutes cliniques, si cet échange d'observations et d'idées entre deux esprits d'une nature si contraire, mais unis dans une opposition commune au physiologisme et plus encore peut-être à l'anatomo-pathologisme inintelligent de cette époque, je vous laisse à penser, dis-je, si cet enseignement clinique à deux voix attirait et attachait la foule des élèves et des médecins intelligents. . L'anatomie pathologique mise à sa place, mieux comprise que par les partisans de la médecine organique de Rostan, y était très-cultivée. Trousseau la savait fort bien, et Récamier, ce hardi vitaliste, y mettait une grande importance; il professait sur certaines altérations du cerveau, de la moelle, du cœur, de l'utérus, etc., des idées auxquelles les recherches histologiques n'ont donné que plus de précision et de certitude.

L'enseignement clinique ne suffisait pas à l'ardeur enseignante du jeune professeur. Le soir, à l'École pratique, il faisait un cours méthodique de matière médicale et de thérapeutique que je rédigeais. Nous ne nous quittions guère : ensemble à l'Hôtel-Dieu le matin, le soir à l'École pratique. nous travaillions ensemble dans la journée, collationnant les modernes avec les anciens, tâchant de tirer de la clinique, de nos lectures et de nos entretiens, quelque chose dont le public pût profiter.

C'est alors aussi que Trousseau fonda, avec MM. Gouraud et Lebaudy, le premier journal à bon marché, le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* qui a donné une vive impulsion à la presse médicale, et qui propageait au loin le mouvement que je viens de faire connaître.

Je quitte à regret avec Trousseau cette clinique libre de l'Hôtel-Dieu, d'où il s'est élancé pour poursuivre sa brillante carrière et dont le succès a décidé de tous les autres. Il est sorti de là tout entier. L'éminent chirurgien de Lyon Bonnet, Maisonneuve. H. Roger, Hardy. Contour, Anstein, Thirial, etc., furent pendant cette période remarquable les élèves de son service.

Trousseau disparaît donc un instant de la scène de l'enseignement libre pour

prendre son rang dans les hôpitaux excentriques. Il reparaît sur ce théâtre fait pour lui, en arrivant à l'hôpital Necker, et il y rouvre avec une nouvelle force et un nouvel éclat ses leçons cliniques. Il s'y initie à la médecine des enfants dans les salles de nourrices qui faisaient partie de son service. Là il fait un grand nombre d'élèves distingués, des maîtres aujourd'hui. C'est là que je connais autour de lui Lasègue, Follin, Robin, Bouchut, Delpech, celui enfin que je me flatte d'avoir distingué dès ce premier instant, et qui préside aujourd'hui notre Société.

Mais Trousseau, après un concours mémorable, a forcé les portes de l'École. Une fois là, sa biographie médicale n'a plus besoin de moi; elle s'imprime d'elle-même dans toutes les mémoires, dans l'esprit de tous les médecins qu'il a faits.

Je n'irai donc pas plus loin, messieurs; peut-être aussi trouvez-vous que je me suis déjà trop complaisamment étendu sur ces premières années de la vie enseignante de Trousseau. Je vous assure que ce n'est pas parce que j'y ai été mêlé, mais pour la faire connaître au très-grand nombre de ceux qui l'ignorent ou qui l'ont oubliée. J'avais besoin aussi de rendre justice à mon maître, de l'affirmer en face de ceux qui voudraient le nier, et de faire quelque chose pour celui qui a tant fait pour moi.

Vous connaissez tous aussi bien que moi la seconde partie de la carrière médicale de Trousseau, partagée entre l'enseignement officiel et les devoirs laborieux d'une clientèle inouïe jusque-là dans l'exercice de la médecine proprement dite. Très-habile dans la pratique des maladies de l'enfance où l'avaient attiré ses recherches sur la diphthérite et ses nombreuses victoires contre la mort par la trachéotomie de plus en plus perfectionnée entre ses mains; d'un pronostic presque infaillible dans les maladies de la vieillesse; apportant dans la connaissance de toute l'échelle clinique des maladies une expérience toujours vivante dans son esprit, et alimentée par une mémoire d'une netteté prodigieuse, il était rare qu'il ne laissât pas à ses confrères une idée ou un conseil qu'on n'aurait pas eus sans lui. Il n'a pas encore été remplacé dans la consultation.

Passionné, même à soixante ans passés, pour son enseignement clinique, il l'a légué à la médecine dans la *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, qui a trois éditions. On y reconnaît encore le maître sous le pesant bagage d'érudition et de nouveautés dont on l'a surchargé pour le tenir, soi-disant, au courant.

On pourrait regretter qu'en terminant cette œuvre magistrale, Trousseau ait jeté sur l'avenir un regard empreint de découragement et de scepticisme, et qu'il ait paru croire que l'histologie, l'anatomie des éléments, la doctrine de leur vie individuelle (mais toute relative., nous ramenait à la doctrine épicurienne et matérialiste des atomes; qu'il ait semblé craindre, en un mot, que la médecine, un instant détournée de son but par la science, ne retrouvât plus son esprit et sa destinée, on pourrait le regretter, dis-je, s'il n'était certain que ce furent là les expressions de la douce ironie que lui inspirait le spectacle du pédantisme scientifique qui veut régenter la clinique. Oui, ce n'était que cela, et non un jugement motivé sur le fond de cette intervention sage et mesurée de la physiologie et de toutes les sciences afférentes dans le domaine de la médecine proprement dite. Nous savons tous, et pour mon compte je le proclame avec conviction que, quand l'abus aura disparu, la clinique éclairée reprendra une marche plus positive et plus humaine vers un avenir qui n'est pas seulement aujourd'hui la cure des maladies dans l'individu, mais et par-dessus tout dans l'espèce.

La vie de Trousseau a été assez remplie, son influence assez étendue, pour qu'on ne doive jamais lui reprocher de n'avoir pas vu au delà de son siècle.

Cette influence, et je termine par là, on peut la peser au moyen d'une méthode très-sûre. Quand on veut mesurer la valeur d'un homme, on n'a qu'à le supprimer par la pensée et supposer qu'il n'a pas existé. En examinant ce qui manquerait au domaine qu'il cultivait s'il fût mort avant d'agir, on a une idée assez juste de ce que cet homme a fait et de l'action qu'il a exercée.

Eh bien, messieurs, supposez un instant, par un effort difficile de votre pensée, que Trousseau n'a pas vécu, et que la médecine a été privée de son intervention, et vous apprécierez aussi consciencieusement que possible le poids et la valeur de votre ancien président honoraire.

Je ne veux pas faire cet examen moi-même. Je vous en ai fourni quelques éléments ; je m'en rapporte à vous pour la conclusion. N'oubliez pas d'y faire entrer le témoignage de ces cinq ou six générations de praticiens répandus dans toutes les grandes villes civilisées du globe, ou qui exercent la médecine dans le plus humble village de France ; demandez-leur où ils en seraient près de leurs malades sans les enseignements cliniques et thérapeutiques qu'ils ont reçus de Trousseau !

Voilà mon *criterium :* je n'en redoute pas l'application pour la gloire de mon maître, et je souhaite qu'employé pour juger le poids et l'influence de ses détracteurs après leur mort, il donne en leur faveur le même résultat.

Trousseau tout entier encore, et bien avant de se sentir frappé à mort, avait donné un exemple trop rare de bon sens et de justice ; il avait sollicité, exigé sa retraite et conquis l'honorariat. Le choix de son successeur à la chaire de matière médicale qu'il avait reprise, ne laissait pas que de le préoccuper. Un jour — il était déjà malade — nous causions de la huitième édition du *Traité de thérapeutique*, lorsqu'il vint à me parler des compétitions pour sa chaire et des chances des compétiteurs. Je veux répéter ici les dernières paroles de cet entretien :

« Mon cher Pidoux, me dit-il, puisque la nature ne vous a pas fait professeur, je voudrais bien que celui des deux compétiteurs sérieux de ma chaire qui a le plus de chances pour l'obtenir (M. le professeur Sée) fût nommé à une chaire quelconque de pathologie qu'il remplirait mieux, et que Gubler me succédât. »

Ce vœu de notre maître commun a fini par s'accomplir. Tout le monde y a applaudi ; mais ce qu'on ne savait pas, c'est qu'en approuvant ce choix, on contribuait à exaucer un des derniers souhaits de Trousseau.

Dans quelques jours, nous entendrons le successeur qu'il s'était intérieurement donné. C'est un grand honneur pour notre digne et savant président titulaire, et ce legs lui portera bonheur. Celui-là, soyez-en sûrs, messieurs, tout en faisant faire à la matière médicale et à la thérapeutique sa part sérieuse de progrès, celui-là ne laissera pas périr la mémoire de son illustre prédécesseur.

Sur la proposition de l'Académie impériale de médecine, le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics vient de décerner aux personnes désignées ci-après les récompenses destinées aux praticiens qui ont été signalés comme ayant fait le plus grand nombre de vaccinations et comme ayant le plus contribué à la propagation de la vaccine dans l'année 1867.

Prix de la valeur de 1,500 *francs à partager entre :* MM. les docteurs Barbreau, à Commentry (Allier); Alfred Fouquet, à Vannes (Morbihan); et Mordret, au Mans (Sarthe).

Médailles d'or. — Mmes les sages-femmes Chamaillard, à Vannes (Morbihan); Paris, à Tulle (Corrèze); MM. les docteurs Pagayne, à Mortagne (Orne); et Sayn, à Saint-Vallier (Drôme).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Augier, à Salernes (Var); Bassier, à Pertuis (Vaucluse); Bernon, à Saint-Firmin (Hautes-Alpes) ; Bertrand, à Besançon (Doubs); Boursier, à Creil (Oise) ; Boussat, à Castillonnès (Lot-et-Garonne); Bravard, à Livry (Loire) ; Caillet, à Montoir (Loire-Inférieure); Carre, à Avignon (Vaucluse) ; Chevalier, à Provins (Seine-et-Marne); Clément, à Beaujeu (Rhône) ; Colin, à Vagney (Vosges) ; Combes à Villefort (Lozère) ; Coussot, à Charroux (Vienne); Crié, à Laval (Mayenne); Dagand, à Alby (Haute-Savoie) ; Desorces, à Chabanais (Charente) ; Desocux, à Saint-Calais (Sarthe); Doit, à Reuilly (Indre); Du Burg, à Revel (Haute-Garonne); Ducharne, aide-major de 1re classe ; Dumas, à Confolens (Charente); Dupré de Loire, à Valence (Drôme) ; Durand, à Lambastide d'Anjou (Aude) ; Faigniand, à Paris; Frut, à Vergt (Dordogne) ; Gauchet, à Paris ; Gente fils, à Puget-Théniers (Alpes-Maritimes); Gérain, à Ars (Charente-Inférieure); Fodefroy, à Rennes (Ille-et-Vilaine) ; Gros, à Virieu (Isère); Jaubert, à Banon (Basses-Alpes) ; Laborde, à la Palisse (Allier); Larre, à Mauléon (Basses-Pyrénées); La Saigne, à Tournon (Ardèche) ; Malet, à Paris; Maritoux, à Lieruais (Côte-d'Or) ; Ménard, à Lunel (Hérault); Meyer, à Bischwiller (Bas-Rhin); Miquel, à Cransac (Aveyron); Mouret, à Monistrol (Haute-Loire) ; Panis fils, à Reims (Marne), Pélissié à Luzerch (Lot); Prallet, à Chambéry (Savoie); Restal, à Pontoise

(Seine-et-Oise); Rancurel, à Lançon (Bouches-du-Rhône); Rives, à Mirepoix (Ariége); Rocher, à Pont-sur-Yonne; Roger, à Plouigneau (Finistère); Savidan, à Launion (Côtes-du-Nord); Simon, à Birbl (Haut-Rhin); Sordet, à Ouroux (Saône-et-Loire); Spindler, à Ronchamps (Haute-Saône); Tardieu, à Rians (Var); Villegero, à Biterre (Moselle); Villeneuve, à Varen (Tarn-et-Garonne); Zyrowski, à la Grand'Combe (Gard).

MM. les officiers de santé : Abadier, à Samaran (Gers); Barry, à Vivarols (Puy-de-Dôme); Bernard, à Dieulouard (Meurthe); Borellot, à Estazel (Pyrénées-Orientales); Chipault, à Châteauneuf (Loiret); Darroze (Rogmont), à Luxey (Landes); Folacci, à Bastelica (Corse); Jouet, à Isigny (Calvados); Landeau, à Eysines (Gironde); Leca, à Arbori (Corse); Regnault, à Bain (Ille-et-Vilaine); Rogé, à Moulins (Aisne); Thouvenet, à Nantiat (Haute-Vienne); Toffart, à Lillers (Pas-de-Calais).

Par décrets en date du 7 avril 1869, rendus sur la proposition du ministre de l'instruction publique :

M. Moutet (Jean-François), professeur d'opérations et appareils à la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé professeur de clinique chirurgicale à ladite faculté, en remplacement de M. Bouisson, appelé à d'autres fonctions.

M. Bouisson (Etienne-Frédéric), professeur de clinique chirurgicale à la faculté de médecine de Montpellier, est nommé professeur d'opérations et appareils à ladite faculté, en remplacement de M. Moutet, appelé à d'autres fonctions.

Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics vient, sur la proposition du comité consultatif d'hygiène publique, de décerner des récompenses honorifiques aux membres des conseils d'hygiène publique et de salubrité qui se sont le plus particulièrement distingués par leurs services et leurs travaux pendant l'année 1867, savoir :

Médaille d'or. — M. le docteur Hecquet, membre du conseil d'hygiène et de salubrité de l'arrondissement d'Abbeville, pour son très-important travail intitulé : *Recherches sur les eaux de l'arrondissement d'Abbeville au point de vue de l'hygiène.*

Médailles d'argent. — M. le docteur Dumas, vice-président du conseil central de l'Hérault, à raison de ses intéressants travaux d'hygiène et de son compte rendu général des travaux de l'année.

M. Rabot, pharmacien, secrétaire général du conseil central de Seine-et-Oise, auteur de nombreux rapports sur d'importantes questions d'hygiène et du compte rendu général.

M. le docteur Fouquet, secrétaire du conseil central du Morbihan, pour son zèle soutenu et ses consciencieux comptes rendus des épidémies qui ont régné dans ce département.

M. Meurein, pharmacien à Lille, inspecteur de la salubrité, membre du conseil d'hygiène, auteur de rapports pleins d'intérêt sur l'état de la salubrité publique dans le département du Nord.

M. le docteur Guipon, vice-président du conseil central de l'Aisne, pour divers rapports et notamment pour son important travail sur la maladie charbonneuse.

M. le docteur Duclos, zélé secrétaire du conseil central de la Seine-Inférieure, rédacteur du compte rendu général et auteur de très-bons rapports sur le service de la vaccine et la statistique des décès des enfants âgés de moins d'un an, à Rouen.

M. le docteur Le Bele, secrétaire du conseil central de la Sarthe (déjà honoré d'une médaille de bronze l'année dernière) pour l'activité persévérante dont il fait preuve dans ses fonctions de rapporteur général et la part importante qu'il prend aux travaux du conseil dont il est membre.

M. Pillet, ancien pharmacien à Tours, membre du conseil d'hygiène et de salubrité d'Indre-et-Loire depuis 1848, pour son honorabilité et ses nombreux services.

M. le docteur Bucquoy, secrétaire du conseil d'hygiène de l'arrondissement de Péronne depuis 1852, pour services signalés dans l'exercice de ses fonctions.

Médailles de bronze. — M. Billaudel, ingénieur des ponts et chaussées à

Versailles, membre du conseil central de Seine-et-Oise, auteur des rapports intéressants sur des questions d'hygiène publique.

M. le docteur Maheut, secrétaire du conseil central du Calvados, rapporteur zélé et rédacteur du compte rendu général.

M. Verrier, vétérinaire départemental, membre du conseil d'hygiène de Rouen, pour son zèle et son intéressant rapport sur les épizooties dans le département de la Seine-Inférieure en 1867.

M. le docteur Wimpffen, secrétaire du conseil du Haut-Rhin, dont le résumé sommaire, mais très substantiel, des travaux de l'année, atteste l'activité de ce conseil et fait désirer un compte rendu *in extenso*.

M. Thibierge, chimiste à Versailles, membre du conseil central, auteur d'un bon ouvrage sur les eaux qui alimentent la ville.

M. Dubos, secrétaire du conseil central de l'Oise, auteur d'un compte rendu général fait avec beaucoup de soin.

M. Petit-Lafitte, professeur d'agriculture, membre du conseil d'hygiène de Bordeaux, rapporteur zélé de nombreuses affaires intéressant l'hygiène publique.

M. le docteur Guichard, secrétaire du conseil central du Jura, pour son dévouement à remplir ses laborieuses fonctions de rapporteur général.

M. le docteur Ricard, secrétaire général du conseil central de la Charente, auteur consciencieux du compte rendu général de ce département.

Association générale des médecins de France.

Voici, d'après les documents officiels, l'exposé de la situation financière de l'œuvre ; comme on le voit elle est des plus prospères.

L'avoir général de l'œuvre s'élève aujourd'hui à la somme importante de 614,299 fr. 99 c.

Ce capital se décompose ainsi :

Caisse générale	56,927 fr. 18 c.
— des pensions viagères d'assistance	139,291 36
Société centrale	42,991 68
Sociétés locales	375,089 77
Total	614,299 fr. 99 c.
L'augmentation sur l'exercice précédent est de	78,489 97

Les dons et legs faits à l'Association pendant le dernier exercice entrent dans cette augmentation pour la somme de 24,248 francs, ainsi répartie :

A la Caisse générale	11,140 francs.
A la Caisse des pensions viagères d'assistance	8,148 —
A la Société centrale	700 —
Aux Sociétés locales	4,260 —

Le tableau récapitulatif, année par année, des secours accordés par l'Association est le suivant :

TABLEAU DES SECOURS.

Première distribution		3,374 fr. 65 c.
Deuxième	—	6,232 75
Troisième	—	10,591 »
Quatrième	—	18,903 »
Cinquième	—	17,107 70
Sixième	—	27,332 35
Septième	—	19,159 »
Huitième	—, qui est celle du dernier exercice.	32,609 »
	Total connu à ce jour	135,109 fr. 45 c.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Conférences cliniques sur les maladies mentales et les affections nerveuses.* — M. le docteur Auguste Voisin, médecin de la Salpêtrière, a repris ses conférences le dimanche 18 avril 1869 à neuf heures, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Pour les articles non signés : F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Une pratique de quarante ans au sujet de la pneumonie (1) :

Par le docteur Dauvergne père, médecin de l'hôpital de Manosque et des épidémies de l'arrondissement de Forcalquier, etc.

(2e article.)

§ 2. *Observations de 1845 à 1856.*

Comme on le pressent par ce qui précède, ma pratique consista pendant cette période de temps en des saignées à petites doses chez les adultes et l'administration simultanée du tartre stibié et du kermès à doses élevées, et auxquels j'ajoutai d'ordinaire l'oxymel ou le sirop scillitique, ayant résolûment repoussé l'association de l'opium. Il m'arrivait bien parfois encore, par un reste de préjugé, de faire la première, quelquefois la seconde saignée, copieuses, dans le vain espoir toujours d'enrayer la maladie, sinon de la juguler, lorsque quelques pneumonies chez les vieillards, chez les ivrognes d'habitude, me montrèrent qu'il était possible de guérir cette affection sans saignée. J'avais particulièrement dans ma clientèle deux dames et un homme, qui, étant fort souvent atteints de pneumonie, me donnèrent sujet à méditer sur cette question, puis furent le motif de mes tentatives plus hardies.

Obs. VIII. La première de ces dames vient de s'éteindre tout à coup cette année, à l'âge de quatre-vingt-deux ans. Elle avait eu, de trente à cinquante ans, avant que je la connusse, une ou deux pneumonies traitées au moyen des saignées et des vésicatoires, comme on le pratiquait seulement alors, par un de mes prédécesseurs, M. Bouteille, le fils de l'auteur de *la Chorée*, dont la science aime à se souvenir, comme le rappelait, il n'y a pas longtemps, dans une de ses leçons notre ami et ancien condisciple M. Henri Roger. En 1840 et 1843 je la soigne moi-même de deux nouvelles atteintes, et suis assez heureux pour l'en tirer chaque fois, quoique avec peine, par les saignées et les antimoniaux administrés en même temps. En 1849, 1852, 1857, 1860, nouvelles pneumonies pour lesquelles je ne la saigne pas. Son âge, un peu moins de violence dans les symptômes, un peu plus de sang-froid pratique de ma part, moins de confiance à la saignée, m'engagèrent à me borner

(1) Suite, voir la précédente livraison, p. 339.

à des potions kermétisées, des boissons abondantes tièdes, le soin de maintenir exactement la poitrine couverte jusqu'au menton pour ne pas interrompre la transpiration ; et après six, quelquefois sept jours, mais jamais plus, tout disparaissait. La douleur pleurétique s'évanouissait à la suite des premières évacuations alvines ou d'une transpiration un peu notable, puis du troisième au quatrième jour les crachats sanguinolents, et ainsi de suite les signes stéthoscopiques : matité, souffle bronchique, râles crépitants et muqueux. De sorte que la convalescence, au lieu de ne survenir qu'au quinzième ou vingtième jour, comme dans les premières atteintes, se montrait dès le sixième ou septième jour.

Obs. IX. Pareille observation sur une dame qui est morte à quatre-vingt-six ans, il y en a dix environ, d'une pneumonie toutefois, mais après en avoir eu plusieurs, et entre autres une, il y a quarante ou quarante-cinq ans, c'est-à-dire dix ans avant que je fusse son médecin. Celle-là, qui fut, comme toujours alors, combattue par les saignées et les vésicatoires seulement, la mit à deux doigts du tombeau. Sa guérison passa même pour miraculeuse, car son suaire avait été préparé, disaient les souvenirs de famille. Elle en revint néanmoins, mais sa convalescence fut si longue, qu'on la considérait comme une nouvelle maladie ; tandis que je crois qu'on doit attribuer à cette atteinte et à son traitement la faiblesse constitutionnelle qui s'ensuivit. En effet, madame eut quelques années après une péliose hémorrhagique, et parfois des symptômes d'anémie, que je combattais heureusement par les ferrugineux. Toutefois c'était sur une telle constitution que survenait de temps à autre quelque nouvelle atteinte de pneumonie : fièvre, crachats sanguinolents, râles muqueux et crépitants, etc. Ici l'état général me faisait une loi de ne pas saigner et je lui donnais habituellement une potion kermétisée avec 50, 60 centigrammes de kermès additionnée d'oxymel ou de sirop scillitique ; et comme chez la précédente dame, après six ou sept jours la fièvre disparaissait et la convalescence commençait. Une fois même, ce qui me frappa surtout, tout symptôme avait disparu au cinquième jour. Enfin, à l'âge de quatre-vingt-six ans, à la quatrième ou cinquième atteinte que je soignais, elle succomba ou plutôt elle s'éteignit dans une lente et douce asphyxie, sans que la potion ordinaire pût amener la moindre réaction organique. J'en prévins son fils, à la sollicitude vigilante duquel elle a dû de parvenir à un âge si avancé. Mais alors il comprit comme moi que les ressorts organiques nous faisaient défaut. Si c'était aujourd'hui, je verrais là encore une occasion pour tenter la médication alcoolique.

Enfin, je ne produirai pas ici divers cas de pneumonie sur des ivrognes d'habitude, que je traitais sans saignées, attendu les enseignements que j'avais eus sur leurs funestes effets et que je consignais à l'époque dans le travail cité ci-dessus.

Malgré ces faits, l'expression de ces phénomènes, je ne me ren-

dais pas compte de leur véritable signification. Je n'osais pas croire à la supériorité du traitement, mais plutôt à la moindre gravité de la maladie.... La phlegmasie, me disais-je, est peut-être atténuée par l'âge ; le sang peut avoir moins de plasticité, de phlogose. A défaut de raisons, je cherchais des excuses, tellement on était imbu de l'idée d'une maladie agissante, d'une entité morbide, qu'il fallait combattre directement, plutôt que de la pensée d'un désordre physiologique à ramener dans un rhythme normal organo-fonctionnel.

Aveuglé par la pratique usuelle et commune de traiter par la saignée la pneumonie et non pas le pneumonique, l'intelligence encombrée par la fausse pathologie qui avait cours et dont tout le monde n'est pas encore débarrassé, je ne voyais que des exceptions dans mes observations. Je passai même sur une remarque importante déjà faite, que j'avais répétée et sanctionnée moi-même : qu'il était d'autant plus difficile d'obtenir la résolution d'une pneumonie, qu'il s'agissait d'un sujet plus âgé, moins robuste, ou en ayant été atteint un plus grand nombre de fois. Je voyais ici le contraire. Ces faits étaient donc d'autant plus significatifs, et néanmoins ils n'étaient encore que d'un faible enseignement pour moi : tellement il est difficile de dépouiller le vieil homme.

§ III. *Observations de* 1856 *à* 1869.

Cependant le doute était arrivé, et c'était un grand pas ; car ces diverses pensées, à force de se choquer, de se combattre, d'agiter mon esprit, de peiner ma conscience, m'avaient enfin conduit à vouloir tenter de ne pas saigner un adulte, et voici comment je m'y pris et quel est le sujet qui m'en fournit l'occasion.

Obs. X. Au commencement de l'hiver de 1856, Mme Deyrolle, alors âgée d'une cinquantaine d'années, mais forte et robuste, quoiqu'elle eût eu en 1844 une première pneumonie pour laquelle je la traitai par les saignées, fut prise de nouveau. Dans la première maladie, qui dura vingt-trois jours, je la saignai quatorze fois, tout en lui donnant en même temps le tartre stibié, et ce ne fut qu'avec beaucoup de peine, de craintes et d'alarmes, que j'obtins la résolution de la fièvre et d'une inflammation, qui, loin de céder, semblait renaître sous la *lancette*. La convalescence fut proportionnellement aussi longue que pénible.

Prise de nouveau, vingt ans après, avec une grande violence, le souvenir de sa grave maladie revenant naturellement à ma pensée, je crus qu'il en était fini de ma malade. En effet, elle s'alite avec une fièvre violente, des crachats sanguinolents, l'intelligence voilée,

la voix cassée et comme frappée tout à coup des symptômes les plus graves. Sa figure était rouge, ses yeux brillants et injectés, une chaleur très-vive. le pouls dur et fréquent. Que d'indications pour la saignée ! Cependant j'avais si bien observé à la première atteinte, que le pouls, au lieu de céder sous les saignées, s'exaspérait, ma confiance en ce moyen étant d'ailleurs si fort diminuée, je lui prescrivis la potion suivante, résolu d'attendre le soir pour recourir à la phlébotomie.

Pr. Infusion de polygala..................	150	grammes.
Kermès minéral.....................	1	—
Sirop de scille........................	50	—

Le soir, les symptômes n'avaient ni diminué ni augmenté ; j'attends au lendemain. Le matin, je trouve un peu plus de souplesse dans le pouls, la malade avait eu quelques selles, mais toujours matité à la base de la poitrine du côté droit, crachats rouillés, intelligence voilée, chaleur extrême; j'attends encore le soir et continue la même potion. Pas d'augmentation. Enfin aux quatrième et cinquième jours le pouls fut sensiblement plus souple, moins fréquent, l'intelligence plus ouverte, et au septième jour toute espèce de fièvre avait disparu. Tisane seulement et lait coupé ; au huitième jour je prescris quelques aliments liquides et je cesse mes visites. La convalescence fut, bien entendu, encore plus courte que l'affection. Quelle différence avec la première maladie !

Ce fut après ce résultat encourageant que parurent les articles de MM. Duclos, de Tours, et Bertet, de Cercoux, sur l'association de la digitale avec les antimoniaux. Quoique les travaux de ces médecins n'eussent pas pour but de se passer de la saignée, mais d'y donner un adjuvant plutôt qu'un remplaçant, je n'en saisis pas moins avec empressement cet aide nouveau, moi qui cherchais à en finir avec les inconvénients et les dangers des saignées. Je l'adoptai d'autant plus facilement que déjà je faisais usage de cette association dans le traitement de la phthisie et de la pleurésie avec épanchement, à doses fractionnées cependant, suivant les principes de Lanthois, Bricheteau, et notamment de M. le professeur Fonssagrives (1). Aussi ai-je été peu de temps après particulièrement heureux de voir mes résultats hautement confirmés par M. Millet à la compagnie agricole et pénitentiaire de Mettray, qui, sur quatre-vingt-sept enfants de huit à vingt ans traités avec le kermès et la digitale sans saignée, pendant les années 1857 et 1858, n'eut qu'un

(1) Voyez notre mémoire *Sur la pleurésie*, 1860.

sujet à regretter. Résultat d'autant plus remarquable que M. Millet ajoute que « tous les jours il est à même de voir ses confrères de Tours déplorer la mort de jeunes clients ayant succombé à la pneumonie..., de même que, malgré l'habileté de son prédécesseur, il mourait tous les ans à Mettray un certain nombre d'enfants de cette affection (1). »

Si justement encouragé dans la voie que je m'étais tracée, je continuai mon traitement des antimoniaux associé avec la digitale. Seulement, chez les adultes vigoureux, je préférai le tartre stibié, réservant le kermès pour les enfants, les femmes et les vieillards.

Toutefois j'obtenais bien ainsi de beaux résultats, comme M. Millet, chez des femmes, des vieillards, des enfants au collége de Manosque et au couvent de la Présentation ; mais il me fallait plus pour me convaincre que l'on pouvait se passer de saignées. Il fallait que j'eusse de semblables résultats sur des hommes jeunes et vigoureux, sur les constitutions athlétiques, pléthoriques, de nos paysans et de nos ouvriers. L'occasion ne tarda pas à se présenter.

Obs. XI. Peu après la maladie de Mme Deyrolle, on m'appela la nuit à la hâte pour aller *saigner* (c'est ainsi qu'on débutait dans nos pays lorsqu'il s'agissait d'*un point de côté*) un ouvrier charron, âgé de trente ans, qui depuis deux jours accusait une douleur sur le côté droit, douleur qui avait particulièrement augmenté cette nuit-là. J'arrive auprès du malade, je le trouve exaspéré par la violence de sa douleur, qui était survenue après un rhume, me disait-il, mais qui maintenant l'empêchait de tousser et de respirer. Je l'ausculte : pas de matité encore, mais des râles muqueux et crépitants; respiration courte, haletante, saccadée; pouls très-développé et très-fréquent, chaleur vive, bien que le malade se découvre à tout instant pour chercher à se soulager en changeant de place. Malgré cette véritable angoisse et l'appareil de la saignée qu'on avait préparé d'avance, je déclare que je ne le saigne pas, et je lui ordonne une potion avec 35 centigrammes de tartre stibié et 20 d'extrait de digitale, édulcorée avec 50 grammes de sirop d'ipécacuanha. Je lui recommande de boire abondamment d'une simple tisane tiède de mauve et de miel, de se tenir tranquille et couvert jusqu'au menton pour favoriser la transpiration. La potion amena des vomissements et des selles nombreuses, et le matin je constatai que la douleur avait à peu près disparu, que la respiration était presque libre, puisqu'il put tousser et rendre des crachats rouillés ; le pouls était élevé et large, la figure vultueuse, mais la peau couverte de sueur. Le soir, même état ; le lendemain, plus de douleur

(1) *Bull. de Thérap.*, t. LVIII, p. 506.

pleurétique, liberté entière pour l'expansion thoracique ; la peau toujours en sueur, ce qui fait que je n'ausculte pas le malade. Ses crachats sont toujours rouillés, mais le pouls a sensiblement diminué de plénitude et de fréquence ; le quatrième jour plus encore, tandis que les crachats sont muqueux ; et le cinquième le pouls est si bien à l'état normal, que je permets quelques bouillons ; je trace le régime du lendemain et cesse mes visites.

Obs. XII. Chez le fils d'un fermier, jeune homme de vingt-cinq ans, petit, trapu, mais fortement musclé et d'une vigueur remarquable, le résultat fut peut-être plus significatif, car s'il y a jamais eu de pneumonie jugulée, on pourrait y joindre celle-là. Pour ce jeune homme aussi on m'appela à la hâte pour le saigner, tellement sa douleur du côté était poignante, l'oppressait, etc. Je répondis que je ne le saignais pas, parce que sa maladie, au lieu de ne durer que six ou huit jours, en durerait une vingtaine. Je lui ordonnai donc une potion à peu près semblable à celle du malade précédent, lui fis les mêmes recommandations. Dans la journée, les évacuations d'en haut et d'en bas sont aussi abondantes que fréquentes, et le lendemain je trouve le malade presque sans fièvre, si bien en un mot qu'il voulait se lever et manger, se croyant entièrement guéri. J'eus même quelque peine à le contenir en lui disant que son mal n'était pas fini, qu'il n'était que comprimé par le remède, qu'il fallait continuer afin qu'il ne reparût pas avec sa première violence. L'oreille me fit reconnaître d'ailleurs du râle crépitant rare et disséminé, et le soir la fièvre reprit un peu, il rendit quelques crachats rouillés. Le second jour même la fièvre n'avait pas entièrement cessé, mais le troisième elle était insignifiante, et le quatrième il n'y avait plus trace ni de symptômes locaux ni de symptômes généraux ; je lui permis quelques aliments liquides et cessai mes visites. Les maîtres du domaine, qui s'intéressaient beaucoup à ce garçon, qui avaient été témoins de la violence des phénomènes du début et qui conservaient les plus vives alarmes sur cette maladie traitée par les anciennes méthodes, furent émerveillés d'un tel résultat que je leur avais annoncé à peu près d'avance.

Obs. XIII. Un grand et vigoureux jeune homme de vingt-sept ans, que j'avais guéri à l'âge de quinze ans d'une pleurésie avec épanchement, est atteint dans le courant de l'hiver de 1867 de pneumonie et reste deux ou trois jours au lit sans me faire appeler, mais à la diète et à la tisane. Je le trouve avec une fièvre ardente, l'intelligence voilée, la voix rauque et cassée, crachats jus de pruneaux. Tout le côté droit est mat jusqu'à l'omoplate, quelques râles en haut et en arrière, à côté souffle bronchique. Je lui ordonne une potion avec 35 centigrammes de tartre stibié, 15 d'extrait hydro-alcoolique de digitale et 50 grammes de sirop d'ipécacuanha. Je m'absente pendant deux jours pour des malades graves que j'avais à des distances considérables de Manosque et recommande aux parents de donner une cuillerée de la potion toutes les heures et de la faire renouveler lorsqu'elle sera finie. Mais à mon retour, au lieu

de le trouver mieux, cinquième et sixième jour de sa maladie, je trouve son pouls toujours plein, dur, fréquent (125 à 130), les sueurs abondantes, la figure vultueuse, mais entièrement hébétée, dans un coma profond. Les crachats sont toujours noirâtres et rares, et dans cet état je ne puis constater qu'une matité plus étendue et plus prononcée. Pour la première fois depuis dix ans je doutai de ma médication et je me demandai si je ne devais pas regretter de ne pas avoir saigné ce malade, si sa constitution n'était pas une indication exceptionnelle, si encore je ne devrais pas le saigner.

J'hésitai quelques instants, puis je pensai qu'en saignant dans un moment si avancé de la maladie, alors qu'un exsudat si considérable était formé dans le poumon, alors qu'il était besoin d'une force organique sans doute puissante pour en produire la résolution, je pensai au contraire détruire tout à coup la synergie organo-fonctionnelle et précipiter le malade au lieu de le sauver. J'en étais là de mes perplexités, lorsque, en interrogeant les personnes d'alentour, j'apprends que sa mère, découragée et malade, avait abandonné le soin de son fils à des tiers, que la potion ordonnée n'avait non-seulement pas été renouvelée, mais qu'elle était restée à moitié. M'indignant alors de cette négligence, on me dit que la potion donnant des nausées et des vomissements au malade, il l'avait refusée. Dans ces circonstances, je fis approcher les premiers parents et ne leur dissimulai pas le danger dans lequel leur négligence avait mis leur fils. Je les prévins que j'allais ordonner une plus forte dose du remède, et que de la régularité de son administration et de ses effets dépendait le salut du malade. Je portai en effet la dose du tartre stibié à 50 centigrammes, l'extrait de digitale à 25, avec addition de 60 grammes d'oxymel scillitique. Le malade ne vomit pas, mais il eut des selles abondantes, les urines étaient lâchées dans le lit. D'ailleurs le lendemain même état, même coma, le pouls toujours fort et fréquent. Mais le troisième jour de la nouvelle potion et le neuvième de la maladie, les changements dans le pouls, sur le faciès et l'intelligence furent notables; au lieu de 130, 135 pulsations, il n'y en eut plus que 100, 105; les crachats furent à peine rouillés, la matité moins considérable et réduite, le souffle bronchique presque nul, remplacé par du râle crépitant. Je distance les cuillerées de la potion toutes les deux heures, et le dixième jour le pouls s'abaissa à 85, souple, les crachats faciles et muqueux, la physionomie abattue, mais reprenant de l'expression, la sonorité presque entièrement revenue, quelques râles crépitants éloignés. Le onzième jour, je ne conseille que trois cuillerées de la potion et une dans la nuit. Le douzième jour le malade est si bien, que je lui permets des bouillons; je trace son régime pour les deux autres jours et cesse mes visites.

Voilà des faits assez concluants sur l'efficacité du traitement sans saignée et des antimoniaux associés à la digitale, administrés de manière à prolonger ou à renouveler leur action évacuante, sur des

individus jeunes, à forte constitution. On parle encore d'indications de la saignée. Mais peut-il y avoir des cas qui eussent été plus pathognomoniques? J'ai beau chercher dans mon ancienne pratique, dans les cliniques des auteurs, je ne trouve nulle part des guérisons obtenues avec les saignées si facilement et si sûrement.

J'y vois, au contraire, que la maladie se prolongeait ordinairement du dix-septième au vingt-troisième jour, presque aucune ne se terminait au douzième ou quinzième; tandis que l'on voit ici un cas très-grave allongé d'abord par négligence, ensuite par ignorance, se terminer entièrement au douzième jour. Les deux autres cas entrent en convalescence le cinquième jour, et tous sans entraves, ni difficultés, ni presque ménagements.

Or qu'on se souvienne qu'il n'en était nullement ainsi avec le traitement par les saignées. On peut lire dans M. Andral différentes observations où l'écart dans le régime a fait rechuter les malades. En voici une bien significative.

Obs. XIV. En 1842, j'eus à traiter dans la commune de Cerbière un robuste paysan de vingt et un ans, atteint de broncho-pneumonie. Par les saignées répétées et les antimoniaux je fus assez heureux pour triompher de la fièvre, de la dyspnée, etc., et je laissai mon malade sous la surveillance du bon curé de la paroisse, qui ne manquait ni d'intelligence ni de charité. Tout alla à merveille pendant trois jours; mais le maréchal de l'endroit entre, cause médecine, prouve qu'il ne faut pas trop croire les médecins, et que la meilleure chose à faire est de donner au convalescent de bonnes soupes grasses bien consistantes. Ce qui fut dit fut fait : une soupe de riz, au mouton, bien épaisse, est administrée, et trois heures après la fièvre reparaît, augmente, la suffocation suit la même progression. On m'appelle, j'arrive le lendemain, mais que faire sur un organisme épuisé au milieu d'une réaction ultime qui ressemble si bien à celle de l'agonie? Je n'avais pas alors la ressource de la digitale, je donnai le kermès, l'oxymel scillitique, qui n'empêchèrent pas le malade de mourir le surlendemain.

Les faits que nous analysons témoignent encore par les effets de la médication contre les prétentions de l'expectation. En effet, que la pneumonie ait un cycle dont elle suit la marche, comme d'autres affections, c'est certain pour nombre de cas, comme l'ont prouvé M. Barthez et d'autres. Mais est-ce donc tout? Est-on d'ailleurs assuré que cette affection qui débute et pour laquelle vous êtes appelé sera une de celles qui suivent exactement leur courbe? Faut-il attendre qu'elle en sorte pour agir? et les moyens que nous avons à y opposer peuvent-ils la déranger de sa route, la rendre plus

longue et plus périlleuse, ou bien, au contraire, la favoriser pour la rendre plus courte et plus sûre ?

Eh bien ! la science et la pratique sont aujourd'hui assez avancées pour répondre à toutes ces questions, et ce travail les résout précisément en comparant l'ancienne pratique avec la nouvelle. On y voit manifestement en effet :

1° Que les saignées non-seulement allongent le cycle de la pneumonie, mais en entravent la marche, la rendent toujours plus pénible et souvent plus dangereuse;

2° Que les vésicatoires partagent à peu près ces inconvénients et ont toujours ceux d'être douloureux, d'exposer à des pansements pénibles et dangereux ;

3° Qu'il existe au contraire des traitements qui à coup sûr diminuent la longueur de ce cycle, qui doivent par conséquent en rendre la marche plus facile, tandis qu'ils y ramènent la maladie lorsqu'elle s'en est écartée.

N'est-ce pas ce que prouvent encore nos dernières observations ? Dans les deux premières, on voit la douleur pleurale très-vive, très-agaçante, arrêtée ou dissipée dès le lendemain par les premiers effets du remède... La fièvre elle-même cède à ce premier choc, à l'action physiologique qui en résulte, et toute la maladie se termine au cinquième jour. La troisième observation est encore plus expressive : la maladie abandonnée à elle-même marche, elle s'aggrave considérablement en dépassant les limites de sa course au point que je crois le malade perdu... et alors qu'elle est au *summum* de toutes ses conditions pathologiques, elle en descend aussitôt et graduellement par l'effet d'une médication proportionnellement énergique.

Comme on le voit, toutes les pneunomies ne suivent pas un cycle déterminé et régulier ; elles exigent au contraire la surveillance intelligente d'un médecin exercé, ne serait-ce que pour l'adjuvance d'un régime diététique. La diète, le régime alimentaire ne constituent-ils pas une des armes les plus puissantes de la médecine, puisque M. Chossat, dans son beau travail sur l'inanition, a pu dire que *toute maladie était un problème d'alimentation* ? La question de diète ou de nourriture n'est-elle pas une des plus difficiles qu'ait à résoudre chaque jour le praticien au lit du malade ? Ce problème ne ressort-il pas d'indications pathologiques et physiologiques qu'il s'agit de découvrir et de bien comprendre ? Par conséquent le mot *expectation* n'a aucun sens réel, aucune va-

leur possible à déterminer. J'ai montré dans mon mémoire *Sur la pleurésie avec épanchement* l'importance qu'avait le régime diététique sur l'absorption et la résolution de cette maladie; voici quelques faits qui indiqueront que pour la pneumonie aussi on n'en franchit pas les règles impunément, et cela quoique les remèdes que nous employons soient considérés comme antidénutritifs et agissent comme tels en diminuant les combustions interstitielles, et partant l'excrétion de l'urée et du carbone. Mais ici la science n'a pas pu dire encore son dernier mot, et on le comprend si bien que M. Ferrand, dans sa thèse pour l'agrégation, conclut en ces termes : « Serait-il bien sage de pousser à outrance, dans la fièvre, l'usage des antidénutritifs, quand on voit la convalescence s'annoncer si généralement par un mouvement considérable de dénutrition?

« Cette nouvelle donnée me fera conclure encore une fois que le traitement de la fièvre consiste moins à arrêter une dénutrition qui peut avoir un côté utile, qu'à en modérer les excès et leurs funestes conséquences (1). »

Obs. XV. Il y a au moins vingt ans que je fus appelé dans une campagne de Gréaux pour un fermier que visitait aussi un estimable confrère, M. Jouvens. Cet homme, fort et robuste, quoique âgé de soixante-cinq ans, avait une pneumonie du sommet du poumon droit... Matité susclaviculaire jusqu'à la quatrième côte, souffle bronchique, mêlé de râles sur les limites de l'hépatisation, crachats sanguinolents, etc... M. Jouvens le saigne, le met à la diète, et il s'ensuit une amélioration notable. Mais presque aussitôt le malade veut manger. La maladie reparaît, et chose remarquable, que je n'ai vu rapporter nulle part, l'inflammation se propage par continuité du sommet du poumon aux tissus susclaviculaires du cou. Celui-ci est tuméfié, dur, un peu rouge; à cette région il y a sensibilité et chaleur, au point de craindre un phlegmon et la suppuration... Cependant cet état est lié à la pneumonie, puisque celle-ci l'a précédé, puisque nous le vîmes disparaître, ainsi que l'affection pulmonaire, par le traitement. En effet, nous obtînmes du malade de se remettre au lit, de garder la diète, pendant qu'il serait saigné de nouveau et qu'il prendrait une potion stibiée. L'engorgement du cou disparaît et avec lui la matité du sommet et les symptômes stéthoscopiques; mais aussitôt il veut encore se lever et manger. La maladie reparaît avec les mêmes caractères, et le même traitement la fait disparaître encore une fois. Enfin pareille inobservance du traitement et du régime ramène les mêmes phénomènes pathologiques, le malade ne veut plus écouter nos avis, je ne suis plus appelé et il ne tarde pas à succomber.

(1) Ferrand, *De la médication antipyrétique*. Th. d'agrégation (1869).

N'aperçoit-on pas manifestement ici l'action favorable du traitement ainsi que les funestes effets des infractions diététiques? Ces dernières sont si fâcheuses, qu'il est à craindre que tout traitement eût échoué sans les observances du régime. Cependant j'ai regretté souvent, en pensant à ce fait, de n'avoir pas employé les frictions mercurielles, dont je me trouve très-bien dans les pleurésies, et que MM. Schutzemberger, de Strasbourg, Bernard, de Belfort, Tuefferd, de Montbéliard, ont employées avec succès dans la pneumonie (1). Serait-ce là encore un moyen adjuvant devant raccourcir aussi le cycle de la pneumonie? Je n'en ai pas éprouvé jusqu'ici le besoin dans les cas ordinaires ; mais il me paraît si rationnel, si parfaitement d'accord avec nos connaissances pratiques et scientifiques, qu'il ne saurait être indifférent de ne pas l'essayer.

Faudrait-il multiplier les faits pour prouver la supériorité de notre médication sur l'expectation? Je pense que les observations qui précèdent sont assez convaincantes pour y suffire; mais nous trouverions surtout des exemples frappants de l'action des remèdes sur la bronchite et la broncho-pneumonie, qui, elles, n'ont pas de cycle régulier, et qu'il faut enlever pour ainsi dire à la pointe de l'épée, en combattant pied à pied jusqu'au bout, même au delà de toute manifestation morbide, si on ne veut pas la voir reparaître. Or les cas de récidive par négligence de ces principes sont très-nombreux dans la pratique des campagnes. Je me bornerai cependant à un de ces exemples :

Obs. XVI. Il y a deux ans, pendant qu'une bronchite épidémique (grippe) régnait dans nos pays, je fus appelé pour un fermier, âgé de soixante ans, fort et vigoureux, qui toussait depuis près d'un mois. Toutes les tisanes et bouillons que s'était imaginés sa femme, toutes les potions qu'avait délivrées le pharmacien étant inutiles, la maladie s'aggravant, la suffocation étant extrême, je suis mandé et trouve le malade avec la fièvre, une oppression considérable, une dyspnée spasmodique après la toux, comme dans la coqueluche ; la langue saburrale, crachats verts, difficiles parfois, légèrement teints de sang. La poitrine est cependant sonore, mais on entend partout toutes sortes de râles, le muqueux, parfois le sibilant, par-ci par-là du crépitant ou sous-crépitant. J'ordonne une potion avec 1 gramme de kermès, 20 centigrammes d'extrait de digitale et 50 grammes d'oxymel scillitique ; des selles abondantes et continues pendant près de vingt-quatre heures suivirent l'administration du remède. Le lendemain il y eut une grande amélioration, et le surlen-

(1) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XXXV, p. 37, 1864.

demain presque plus de fièvre, crachats faciles, liberté de la respiration, diminution de la toux; cependant toujours langue sale, anorexie, etc. Je conseillai la continuation de la potion à doses plus éloignées, toujours la diète et des boissons abondantes; mais la femme, croyant son mari tout à fait bien et pouvoir seule le diriger, me congédia...

Trois jours après on vient m'appeler de nouveau; la maladie était revenue à son premier état, quoiqu'on n'eût commis d'autre imprudence que de cesser la potion ou de ne pas la prendre à dose suffisante. En effet, je reprends la médication comme la première fois; j'en suis les effets pendant sept à huit jours encore en modifiant les doses suivant les résultats, et cette fois le malade guérit parfaitement.

Mais je n'en finirais pas si je voulais rapporter tous les faits que me fournirait ma pratique pour étayer mes assertions. Leurs preuves les plus évidentes se tirent surtout de la comparaison des résultats de l'ancienne méthode et de la nouvelle, ainsi que de l'analyse des effets physiologiques produits sur l'organisme par ces différents moyens. Je dois donc me borner à dire que, sur soixante-quatre pneumonies ou broncho-pneumonies que je puis compter depuis douze ans et que j'ai traitées sans saignées, sans vésicatoires, avec les antimoniaux associés à la digitale et souvent additionnés, suivant les phénomènes, de sirop d'ipécacuanha, de polygala, de scille, de colchique ou d'oxymel scillitique pour exciter les excrétions, je n'ai perdu que trois sujets, dont je dois faire une mention abrégée pour qu'on puisse mieux juger des états pathologiques sur lesquels notre thérapeutique peut échouer.

Je ne compte pas sur le nombre de ces malades des enfants avant l'âge de dix à douze ans, ni une grande quantité de bronchites graves que j'ai traitées cependant d'une manière très-analogue, ni enfin les malades que je n'ai vus qu'une ou deux fois en consultation. Je pourrais même joindre à ce chiffre celui que me fournirait la pratique de mon fils, ancien chef interne des hôpitaux de Marseille, aujourd'hui médecin dans cette ville. Il m'écrivait dernièrement à peu près dans les termes qu'employait M. Millet, de Tours, dans le *Bulletin* (ouvrage cité) : « Chose étonnante ! j'entends dire tous les jours que M. un tel, que Mme une telle sont morts de pneumonie, et cependant en suivant votre méthode je n'ai pour mon compte à déplorer la perte de personne. Je viens de voir guérir encore Mme de Liveau, que vous connaissez, d'une nouvelle pneumonie fort grave : fièvre ardente (125, 130), dyspnée, crachats jus de

pruneaux, matité, souffle bronchique, tout a cédé à la potion stibiée avec la digitale. Seulement, il est survenu des eschares au gosier et dans la bouche qui ont fatigué la malade ; mais au huitième jour elle prenait une purée de courge. » (Lettre du 23 décembre 1868.) Cette dame, quoique âgée de près de soixante ans, est très-grasse, très-forte, pléthorique. Voilà pourquoi sans doute mon fils a préféré le tartre stibié au kermès. Cependant l'accident de la bouche me surprend assez, parce que je ne l'ai jamais observé à pareil degré, et que depuis je n'observe plus aucun inconvénient de ce genre, depuis que je suspends quelques fois les antimoniaux pour les reprendre et obtenir d'eux ainsi des excrétions répétées.

Mais arrivons à mes trois sujets que j'ai perdus, et disons qu'ils ont tous les trois succombé, il y a deux ans, à la même époque, pendant qu'il régnait à Manosque une épidémie de grippe. Il s'agissait donc chez tous les trois de broncho-pneumonies, et voici dans quelles conditions.

Obs. XVII. Le premier était un homme de trente-cinq ans, maigre et chétif, qui avait eu dans sa jeunesse une attaque de chorée des plus violentes, et à la suite une ascite. Grand fumeur et ivrogne, je ne l'avais plus revu depuis les maladies dont je viens de parler. Dans cet espace de vingt ans environ, il est devenu catarrheux et asthmatique, au point de ne pouvoir marcher un peu vite sans être suffoqué. Enfin dans cet état il est pris de fièvre, de dyspnée, et l'on ne me fait appeler que lorsqu'il délire, menace sa femme, etc. Je le trouve levé autour du feu, les yeux hagards, haletant et ne voulant pas se coucher, précisément peut-être parce qu'il respire plus difficilement. Enfin j'ordonne qu'on le mette au lit, et on y parvient avec la plus grande peine ; je prescris une potion au kermès et à la digitale, qui est souvent crachée par le malade en délire. Ses crachats sont sanguinolents, quelquefois très-chargés, très-rouges. Il s'agite, ne veut pas boire, il crie, il vocifère jusqu'à ce qu'il devienne très-enroué. Enfin, après quelques jours de ce traitement mal fait, comme ils le sont souvent chez nos pauvres paysans, le malade tombe dans le coma. J'essaye une potion alcoolique en sa qualité d'ivrogne, des sinapismes ; mais tout fut inutile, les crachats s'arrêtèrent, et il succomba dans une asphyxie progressive.

Obs. XVIII. Le second était un cafetier âgé de soixante-quatre ans, qui était emphysémateux ainsi que sa mère et une sœur, lesquelles, me disait-on, avaient succombé de la même manière. Cet homme, toujours haletant, ne pouvait faire un pas hors de son café. Sur ces entrefaites, il est pris de broncho-pneumonie, il tousse plus que d'habitude pendant quelques jours avant de me faire appeler, et je le trouve avec une forte fièvre, le pouls variable, peu consistant, suffocation, bouche entr'ouverte, crachats rares et difficiles, quelques-uns rouil-

lés, submatité au côté gauche jusqu'au dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, souffles et râles sur tous les tons et toutes les gammes. Le kermès, puis le tartre stibié associés à la digitale, à la scille et au colchique ne donnent aucune selle, à peine quelques vomissements et un peu d'expectoration. Une tisane de polygala ne produit aucun effet sensible. Le malade sent son ventre tendu et ballonné, la fièvre continue, mais varie. Je cesse les antimoniaux, je prescris une purgation à l'huile de ricin le matin, une tisane mêlée avec une potion à la digitale et à l'oxymel scillitique seulement; pas de selles, ventre de plus en plus ballonné, suffocation extrême. Des lavements purgatifs amènent quelques matières durcies, mais pas de purgation, même le lendemain avec du sulfate de magnésie. Enfin le pouls baisse, devient toujours plus variable, irrégulier, peu consistant, les crachats deviennent plus rares, la respiration plus courte, plus précipitée, et le malade meurt dans l'asphyxie, sans pouvoir obtenir la moindre évacuation intestinale.

Obs. XIX. Le troisième était un fermier d'une cinquantaine d'années, d'une taille et d'une grosseur éléphantiaques. Il pesait 137 kilogrammes et passait dans le pays pour un phénomène, qu'il était. Il avait une voix d'enfant ou de *castrato*, ne pouvait pas travailler lorsqu'il avait mangé, et ne dormait, assurait-il, que deux heures chaque nuit, parce qu'il ne pouvait rester couché et était obligé de se lever et d'agir. Dans cet état il est pris de rhume et vient par un vent glacial à la ville. Deux jours après il est pris de fièvre, va se coucher à tous les vents dans un grenier à foin, et ce n'est que par circonstance que je le vois. Je lui conseille d'aller se mettre dans son lit. Son pouls était très-fort, très-développé, large et fréquent, chaleur, respiration précipitée, haletante, crachats devenus rares, lèvres violacées, langue idem au bord, et saburrale au centre. L'auscultation ni la percussion ne fournissent aucun signe à travers cette épaisseur prodigieuse de graisse; les battements du cœur même ni ne se sentent ni ne s'entendent. La seule couleur des lèvres indique une gêne dans la circulation cardiaque et les gros vaisseaux de la poitrine, soit par altération organique, soit par obstruction quelconque de la graisse. J'ordonne des tisanes chaudes, abondantes, et une potion avec un gramme de kermès, 20 centigrammes d'extrait de digitale, édulcorée avec le sirop scillitique. Des selles répétées et en abondance en sont la conséquence, et le lendemain je trouve un peu moins de fréquence dans le pouls, plus de liberté dans la respiration; la face est rouge et les lèvres me paraissent moins violettes. J'ai quelque espérance et conseille la continuation des mêmes moyens. Mais dans l'après-dîner il se lève, et tout en chemise il s'assied, dit-on, sur un coffre pour respirer à son aise et prendre le frais, comme il le faisait assez souvent en santé. Le soir les phénomènes s'aggravent, et dans la nuit il tombe tout à coup dans le coma, sans manifester le moindre signe de connaissance. On vient me chercher, j'arrive, je trouve le malade râlant, sueur froide, mais le pouls moins développé, résis-

tant. Je lui préparais une potion avec une liqueur de ménage que je trouvai dans la ferme, lorsque peu d'instants après, pendant que je tenais l'artère sous le doigt, les battements s'arrêtent tout à coup, et il meurt instantanément.

Est-là une de ces pneumonies pour lesquelles Bordeu disait qu'on n'avait pas le temps de placer une saignée? Je n'en ai jamais rencontré lorsqu'il s'agissait de sujets ordinaires et sans complication.

Serait-ce là un de ces cas où M. Jaccoud trouve l'indication de la saignée pour obtenir une déplétion mécanique ? J'avoue que cette pensée ne me vint pas à ma première visite; j'avais toujours vu de si tristes effets de la spoliation sanguine. A ma seconde visite, l'amélioration à la suite des excrétions intestinales était sensible ; à ma troisième, j'étais en face des derniers mouvements de l'agonie, précisément très-analogues à ceux que j'avais vus si souvent à la suite des saignées. N'y avait-il pas à craindre, même au début, d'arrêter court ainsi toute harmonie fonctionnelle, de paralyser la dynamie organique ? Ce qui le prouve, c'est que cette force s'arrêta sur-le-champ comme par un obstacle insurmontable apporté au mécanisme des organes.

En voilà plus qu'il n'en faut pour ne pas mettre sur le compte de l'insuffisance du traitement le résultat funeste de pareilles maladies. Maintenant on pourrait déjà juger en connaissance de cause l'ancienne et la nouvelle pratique. Cependant l'exposition de la pratique, quels que soient les faits qu'elle apporte, ne saurait entraîner une conviction entière. On ne saurait être trop averti par cet adage d'Hippocrate : *Experientia fallax, judicium difficile.* Il faut donc, pour sanctionner les faits particuliers, la garantie de la science, qui n'est elle-même en définitive que les principes réduits de l'expérience générale et traditionnelle. Il ne suffit pas, dit M. Cl. Bernard dans son *rapport sur les progrès de la physiologie*, de trouver des matériaux à la science, il faut encore en déterminer la place et *indiquer la signification qu'ils doivent avoir dans l'édifice scientifique.*

Par ces divers motifs, il nous reste encore à démontrer comment nos nouveaux résultats sont éclairés et étayés par les progrès de la science, avec laquelle ils s'accordent et s'harmonisent. Pour cela, nous avons à examiner :

1° Quelle peut être aujourd'hui la pathogénie de la pneumonie;

2° Quels sont les effets physiologiques produits par la saignée sur

cette maladie, et quels peuvent être ceux de nos nouveaux moyens pour faciliter le mouvement organo-fonctionnel médicateur.

(*La fin au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Des injections et des instillations simples ou médicamenteuses dans le conduit auditif externe;

Par le docteur A. Cousin.

Les affections du conduit auditif externe sont fréquentes à toutes les époques de la vie, enfance, âge adulte ou vieillesse, et qu'il s'agisse d'un simple engouement cérumineux, d'une otorrhée, d'un furoncle, d'un eczéma, les injections et les instillations simples ou médicamenteuses sont, dans tous les cas, d'un grand secours, tant pour remédier à la maladie elle-même que pour permettre au médecin une exploration complète de l'organe malade.

I. *Des injections.* — Elles sont simples ou médicamenteuses. Au point de vue de leur action on peut les distinguer en détersives, émollientes, désobstruantes, désinfectantes et astringentes.

Disons tout de suite que les injections médicamenteuses sont le plus souvent avantageusement remplacées par les instillations dont nous nous occuperons plus loin.

L'eau tiède pure et simple est, de tous les émollients et les détersifs, le meilleur et le plus innocent. Le lait, les huiles diverses, les décoctions plus ou moins mucilagineuses et narcotiques qui jouissent dans le public d'une réputation imméritée, renferment des substances organiques qui, par leur séjour dans le fond du conduit ne tardent pas à fermenter, à s'altérer de diverses manières et deviennent ainsi le point de départ d'irritations nouvelles. Je conseille d'ordinaire d'associer à l'eau tiède une certaine quantité de glycérine anglaise, parce que cette substance est inoffensive, parfaitement soluble dans l'eau et qu'aux yeux des malades et des gens du monde, l'eau tiède seule paraîtrait un bien pauvre médicament.

Les injections dans l'oreille doivent se pratiquer avec une seringue d'une certaine capacité (150 à 200 grammes au moins), munie d'une canule courte et volumineuse d'un calibre à peu près égal à

la lumière du méat; on évite ainsi de blesser les parois du conduit ou même de s'engager trop avant et de léser le tympan si le patient vient à faire quelque mouvement intempestif. A défaut d'une seringue spéciale, l'irrigateur qui se trouve aujourd'hui dans la plupart des familles peut rendre d'excellents services: on recommandera seulement au malade de ne pas introduire la canule au delà de 1 centimètre et demi, et surtout de ne point ouvrir brusquement le robinet qui commande la marche de l'appareil.

L'injection doit être faite lentement et avec ménagement, pour éviter le choc brusque de la veine liquide sur la membrane du tympan, choc qui produit souvent des vertiges, des douleurs violentes parfois suivies de syncope et même la rupture de la membrane pour peu que celle-ci soit amincie ou devenue friable.

Pour éviter, d'autre part, que la colonne liquide n'agisse que sur la portion externe du conduit, il convient de maintenir ce dernier redressé pendant toute la durée de l'opération en tirant le pavillon en haut, en arrière et en dehors. Cette précaution est surtout indispensable quand il s'agit de l'extraction d'un corps étranger. Le conduit étant presque rectiligne chez les enfants, ce redressement n'a pas chez eux une grande importance; mais l'axe du méat auditif étant sensiblement incliné de haut en bas et de dehors en dedans, c'est dans ce sens autant que possible qu'il faudra diriger le jet de la seringue pour pénétrer jusqu'à la membrane.

Nombre d'instruments plus ou moins ingénieux ont été inventés dans le but de pratiquer l'extraction des corps étrangers engagés dans l'oreille externe; on peut dire, sans craindre de trop s'avancer, qu'ils sont tous inutiles et pour la plupart dangereux; quelques injections d'eau tiède bien faites sont au contraire, en pareille occurrence, aussi héroïques qu'inoffensives. Le mécanisme suivant lequel elles agissent est des plus simples: la lumière du conduit est sensiblement elliptique à grand diamètre vertical; or il est rare que le corps étranger qui s'y trouve introduit en obstrue complétement le calibre; l'eau injectée pénètre donc au delà de l'obstacle jusqu'à la membrane du tympan, s'accumule dans le cul-de-sac et finit par refluer vers le méat auditif en poussant à *retro*, en mettant à flot en quelque sorte le corps du délit. — Je le répète, ce moyen est héroïque et tous les otiâtres ont eu maintes et maintes fois l'occasion de l'appliquer avec succès alors que toutes les tentatives d'extraction instrumentale avaient été essayées en vain par les mains les plus habiles. La valeur de ce procédé d'extraction a de nouveau été affir-

mée dans une récente discussion de la Société de chirurgie (1) par la plupart des membres de cette savante corporation.

Il n'est pas rare que le corps étranger détermine par sa présence le développement d'accidents inflammatoires considérables (accidents qui sont aussi souvent la suite de tentatives répétées d'extraction à l'aide des instruments inventés dans ce but); il faut tout d'abord remédier à cet état de choses par un traitement antiphlogistique approprié avant que de recourir aux injections avec quelque chance de succès.

Les injections d'eau tiède faites avec une grande quantité de liquide, 10 à 15 litres, répétées deux fois par jour, plusieurs jours de suite, ont donné entre les mains du docteur Prat (2) d'excellents résultats dans le traitement de l'otorrhée. En général, d'après l'auteur que je viens de citer, l'écoulement cède après dix irrigations consécutives. Le jet liquide doit arriver dans l'oreille externe sous une faible pression; il doit être continu. Un tube élastique disposé en siphon, comme l'appareil de Weber pour la douche naso-pharyngienne, remplit parfaitement ces deux indications. J'ai eu plusieurs fois recours à ce mode de traitement pour des otorrhées rebelles, et si je n'ai pas toujours obtenu un succès complet, au moins ai-je souvent abouti à une amélioration notable et assez rapide.

Après chaque injection, il convient d'évacuer le conduit du liquide qui pourrait y séjourner; à cet effet, on recommande au malade d'incliner fortement la tête du côté correspondant à celui sur lequel on vient d'opérer et de tamponner légèrement le pavillon avec un linge. Il importe de bien assécher les parois du conduit, pour éviter le refroidissement toujours nuisible produit par l'évaporation de l'eau et aussi pour remédier à la surdité qui suit souvent cette petite opération, surdité temporaire il est vrai, mais toujours gênante, et qui paraît tenir à la présence d'une mince couche liquide à la surface externe de la membrane du tympan (3).

Il est même parfois nécessaire d'éponger directement le fond du conduit à l'aide d'un petit tampon de coton fixé entre les mors d'une pince coudée, en s'aidant du spéculum et du miroir.

---

(1) Séance du 6 mai 1868.

(2) *Mém. sur le trait. de l'otorrhée par les irrigations d'eau tiède.* Séance de l'Acad. de méd., 5 mai 1868.

(3) Docteur Jago. *On the functions of the tympanum. Brit. and For. med. chir. Rev.*, april 1867, p. 496, et *Supplément à l'ouv. de Toynbee*, par Hinton, p. 449.

Pour compléter l'effet des injections, il est parfois utile de déterger les parois du conduit auditif externe du pus ou des sécrétions diverses qui peuvent encore y adhérer, à l'aide d'un pinceau de blaireau trempé dans l'eau tiède. Exigeant une certaine délicatesse dans son emploi, ce moyen ne doit être appliqué que par une main expérimentée.

On remédie à la fétidité de certains écoulements d'oreille à l'aide des injections médicamenteuses suivantes : eau chlorurée (deux cuillerées à bouche de liqueur de Labarraque pour 1 litre d'eau tiède) ; eau de goudron ; acide phénique (1 à 2 grammes pour 1 litre) ; solution de permanganate de potasse au trentième (2 cuillerées à bouche pour 1 litre).

On réserve d'ordinaire les injections d'eau sulfureuse naturelle ou artificielle pour le traitement des affections herpétiques du conduit.

J'insiste peu sur les injections médicamenteuses, car elles séjournent trop peu de temps dans le méat pour qu'on puisse leur attribuer une action bien efficace, aussi les instillations doivent-elles toujours leur être préférées.

Il est bien entendu que quand un écoulement de l'oreille est accompagné de rétrécissement du conduit, il faudra, pour obtenir des injections tout l'effet dont elles sont capables, commencer par dilater à l'aide de petites canules de gomme graduées, préférables de beaucoup à l'éponge préparée et aux autres corps dilatants (racine de gentiane, laminaire) qui offrent l'inconvénient de s'opposer à l'écoulement des matières sécrétées pendant toute la durée de leur application et peuvent devenir ainsi la source d'accidents graves. Il est facile de se procurer ces petites canules en sectionnant des bougies creuses de divers numéros en petits fragments de 3 à 4 centimètres.

II. *Des instillations.* — Elles diffèrent des injections en ce qu'elles se font avec une moindre quantité de liquide et aussi en ce qu'elles séjournent plus longtemps dans le conduit auditif externe, et dans la caisse si le tympan est perforé. Elles constituent donc un bain local, *simple* ou *médicamenteux*.

On doit toujours les faire avec un liquide tiède; leur durée est de cinq à dix minutes. Le malade, penchant fortement la tête du côté opposé à celui sur lequel on doit opérer, le liquide est introduit avec une cuiller ou mieux avec un tube (un tuyau de plume

d'oie par exemple) servant de pipette, moyen qui permet de ménager le médicament, s'il a quelque valeur, et qui facilite de beaucoup l'emploi des substances qu'il faut doser : c'est donc un compte-gouttes économique.

L'eau tiède, en instillations fréquemment répétées, convient dans toutes les affections inflammatoires aiguës du conduit auditif et de la membrane du tympan ; elles réussissent admirablement dans ces otites tympaniques si communes chez les enfants et dont les symptômes sont si graves que la plupart des praticiens les confondent avec des méningites. Les cataplasmes, qu'on emploie malheureusement trop souvent, présentent de nombreux inconvénients et doivent toujours être rejetés ; tout au plus conviennent-ils dans l'otite furonculeuse (Trœltsch). Les instillations d'eau tiède préparent efficacement l'action des injections destinées à expulser un tampon de cérumen qu'elles ramollissent et dont elles facilitent la segmentation quand l'expulsion en masse ne peut être obtenue.

Après l'eau tiède vient la glycérine ; il faut n'employer que de la glycérine chimiquement pure, neutre par conséquent ; celle qu'on trouve en France est souvent acide et son emploi peut donner lieu à des accidents aussi désagréables pour le malade qui en souffre que pour le médecin, dont la réputation se trouve compromise. J'ai l'habitude de ne me servir que de Price's glycérine, produit dont la pureté est certaine mais dont le prix est un peu élevé. Instillée en goutte dans le canal auditif ou appliquée à l'aide d'un pinceau, cette précieuse substance, utile dans tous les états inflammatoires, convient plus particulièrement dans le traitement de cet état de sécheresse du conduit coïncidant avec un prurit désagréable, desquamation furfuracée et dessiccation du tympan; en outre elle supplée au défaut de sécrétion cérumineuse qui se rencontre chez un grand nombre de sourds et surtout chez les vieillards.

Ce n'est pourtant pas une panacée contre la surdité, comme on l'a cru, il y a quelques années, à la suite des faits publiés par quelques spécialistes anglais. Elle offre ce grand avantage sur les diverses huiles populaires de ne pas rancir et de se dissoudre facilement dans l'eau.

Je crois bon de rappeler ici que toute instillation médicamenteuse doit être précédée d'une injection simple destinée à déterger les surfaces et à faciliter ainsi l'action du médicament.

S'il existe une perforation du tympan coïncidant, ainsi que cela se voit si fréquemment, avec une affection de la caisse et de la

trompe, il faut en profiter pour faire pénétrer le liquide médicamenteux jusque dans la cavité tympanique et le tube pharyngien. On y parvient aisément en faisant exécuter au malade l'expérience de Valsalva, en lui pratiquant la douche de Politzer ou même l'insufflation par le cathéter ; par ces divers moyens, l'air étant violemment chassé de la trompe et de la caisse, le liquide instillé vient en prendre la place.

J'ai recours, en pareil cas, à un procédé plus simple et plus facile, et qui consiste à faire faire au malade une série de mouvements de déglutition, les narines étant fermées : il se produit ainsi un vide dans le pharynx qui fait baisser la pression dans la trompe et dans la caisse où la pression extérieure pousse le liquide instillé. Le malade ne tarde pas à accuser dans la bouche un goût en rapport avec celui que produirait sur la langue la solution employée, ce qui indique que la liqueur a pénétré jusque dans le pharynx.

Inversement, si l'on désire ne pas faire pénétrer fort avant l'instillation, on recommandera au malade d'éviter tout mouvement de déglutition pendant toute la durée du bain médicamenteux. Le procédé que je viens de décrire m'a donné de très-remarquables résultats dans le traitement de quelques cas d'otorrhées rebelles avec perforation du tympan, lésions de la caisse et de la trompe.

Les produits sécrétés dans l'oreille sont parfois d'une fétidité si horrible, que les injections les mieux faites et les soins de propreté les plus minutieux ne parviennent pas toujours à la corriger. On se sert alors très-avantageusement d'instillations désinfectantes composées comme les injections dont nous avons donné plus haut les formules, et dont le contact prolongé avec les matières contenues dans le conduit ne tarde pas à faire disparaître l'odeur.

Les instillations astringentes ont pour base les astringents usuels végétaux ou minéraux.

De tous les astringents végétaux, le tannin est le plus recommandable. Mais à l'exemple des spécialistes allemands et anglais, je donne sans hésiter la préférence aux substances minérales, en ayant soin de choisir parmi ces dernières celles qui ne forment pas au contact des tissus et des humeurs des précipités colorés dont l'influence est toujours fâcheuse; disons de suite que l'action de ces divers agents diminue avec l'usage et qu'il faut en changer de temps en temps (Trœltsch).

Le sulfate de zinc, l'acétate de plomb, le sulfate de cuivre, l'alun, me paraissent devoir être choisis de préférence ; la dose est de 25 cen-

tigrammes à 1gr,50 et plus pour 100 grammes d'eau distillée ou de glycérine. On peut encore employer le perchlorure de fer, l'azotate d'argent, le chlorure de zinc, etc., mais avec moins d'avantage. Trœltsch a signalé l'alun comme pouvant donner lieu à la production de furoncles; le savant otologiste de Wurzbourg préconise l'acétate de zinc à dose moitié moindre que le sulfate, l'acétate d'alumine fraîchement préparé et le nitrate de plomb.

Outre les bains locaux, qui réussissent très-bien à calmer l'élément douleur dans les affections inflammatoires aiguës du conduit et de la membrane du tympan, je me suis servi avec succès d'instillations d'une solution forte de sulfate neutre d'atropine (5 à 10 centigrammes pour 10 grammes d'eau distillée). On en instille une goutte toutes les deux heures; un petit tampon de ouate est placé dans la conque pour empêcher l'issue du liquide ainsi que son évaporation. Ce moyen réussit très-bien dans les otalgies, les névralgies faciales et dentaires; il est surtout d'un emploi plus commode et plus facile que l'injection hypodermique, quand il s'agit d'enfants. Les décoctions de tête de pavot, le laudanum plus ou moins étendu d'eau, les solutions de morphine ont une efficacité bien moins manifeste.

Quant aux instillations d'éther et de chloroforme, j'en dois dire deux mots ici, en raison de la grande faveur dont elles ont joui il y a quelques années (1). Inutile d'en faire l'historique, tout le monde se souvient de la malheureuse institutrice qui crut avoir découvert dans l'emploi de l'éther un moyen radical et nouveau de guérir toutes les surdités. L'expérience n'a pas tardé à démontrer tout ce que cette prétention avait d'exagéré, en même temps qu'elle fit voir le danger de ces instillations. L'éther est une substance fort irritante pour la peau du conduit; son usage produit des douleurs très-vives et peut même à la longue devenir l'occasion d'otites très-graves. Les mêmes remarques s'appliquent au chloroforme dont l'action, plus irritante encore que celle de l'éther, peut aller jusqu'à la vésication.

Tout au plus ces divers agents pourraient-ils servir de dissolvants à un tampon de cérumen, et encore leur emploi étant fort douloureux on devra toujours leur préférer l'eau tiède ou la glycérine.

On a préconisé l'éther et le chloroforme en instillations dans le traitement de la surdité congénitale, de la surdité nerveuse, de la

(1) Triquet, *Leç. clin.*, Ire part., p. 195, et IIe part., p. 412. *Bull. gén. de Thérap.*, t. LVIII, p. 352, 419, 413, 462, 463; t. LXIII, p. 126, 268, 415.

cophose rhumatismale, de la surdi-mutité, mais la plupart des praticiens ont renoncé à les employer. Si toutefois l'on était désireux d'y recourir, je conseillerai de ne se servir que d'éther ou de chloroforme étendu d'une certaine quantité d'huile, pour atténuer autant que possible l'effet irritant de ces deux substances.

CHIMIE ET PHARMACIE

De la formation de l'arome dans les végétaux pendant leur combustion; essais sur la nicotiane et le tabac;

Par M. Stanislas MARTIN.

Dans l'antiquité, la fumée que répandent certaines plantes en brûlant a joué son rôle dans les cérémonies religieuses et dans l'art de guérir.

Les disciples de Pythagore et de Platon étaient persuadés que la corruption des mœurs était due à de mauvais génies, que pour les éloigner ou les combattre il fallait brûler des plantes aromatiques.

Dans l'ancienne Rome et au moyen âge, la fumée des végétaux était également employée à se préserver des épidémies; cette coutume existe encore dans quelques contrées de la France, on y brûle sur les places publiques le bois du genévrier ou du pin toutes les fois que l'on craint une peste; on se rappelle la vogue immense qu'eurent les cigarettes aromatiques de Raspail pendant un de nos choléras : l'atmosphère de Paris en était infectée.

Baptiste Porte prétendait que la fumée qui résulte de la combustion d'une plante jouissait de la propriété de la plante elle-même; la guimauve donnait une fumée émolliente, la centaurée une fumée fébrifuge.

Zimmermann a écrit que si l'on soumet une femme à l'influence d'une fumée narcotique, elle tombe en extase plus facilement que l'homme, et que dans cet état elle est dans les conditions pour supporter des opérations chirurgicales.

Lombard, de Genève, a obtenu de bons résultats en faisant arriver dans les fosses nasales la fumée de la nicotiane, du stramonium, de la belladone ou de la jusquiame, pour guérir les névralgies frontales, faciales ou des coryzas.

La thérapeutique moderne a quelquefois recours au principe actif

qu'entraîne avec elle la fumée des végétaux ; les fumigations se font de trois manières : en brûlant des plantes dans un appartement, en recevant la fumée dans la bouche, en l'aspirant avec une pipe, un cigare ou une cigarette.

On sait que les végétaux produisent en brûlant des huiles volatiles empyreumatiques, des acides, des matières goudronneuses, du charbon. Pendant leur combustion il se passe un phénomène qui, nous le croyons, n'a pas encore été constaté.

Toutes les plantes répandent en brûlant une odeur qui leur est propre ; l'arome est assez sensible pour qu'on puisse reconnaître deux substances qui auraient le même aspect physique, mais qui seraient de nature différente.

Lorsqu'on met la feuille d'une plante aromatique sur un charbon ardent, il y a d'abord échauffement de la matière, son eau de végétation passe à l'état de vapeur, entraînant avec elle l'huile volatile qui est contenue dans les cellules. Si la plante s'échauffe davantage, ses molécules se carbonisent : c'est alors que se produisent les huiles empyreumatiques, les acides, le goudron, le charbon.

Lorsqu'une plante est inodore, il y a formation de produits volatils aromatiques aux dépens de ses principes constituants.

La division des corps aide à l'expansion des principes volatils ou à leur formation.

En 1848 nous avons publié une note sur ce sujet ; nous disions que, lorsqu'on met un charbon enflammé sur des écorces de quinquina réduites en poudre, il s'en dégage une fumée aromatique analogue à celle que répandent les fleurs de l'héliotrope ; les écorces entières ne donnent pas le même résultat.

Aujourd'hui le tabac joue un grand rôle dans toute l'Europe ; son arome est si à la mode, ses effets narcotiques plaisent tellement, qu'il nous a semblé intéressant de rechercher si les feuilles sèches de la nicotiane contiennent les mêmes principes volatils que le tabac de la régie. Pour cela, nous en avons brûlé 1 kilogramme sous une vaste cloche en verre, constamment refroidie avec un mélange réfrigérant ; on n'a pu doser les produits gazeux, parce que, malgré les soins apportés dans l'opération, il y a eu perte de fumée ; les produits obtenus étaient liquide et solide : le liquide avait une couleur rouge foncée d'une très-forte odeur de tabac ; il était composé d'un extrait amer, d'acide pyroligneux, d'huile volatile empyreumatique, de nicotine. La matière solide n'était que du goudron mêlé à du charbon. Nous avons répété la même expérience avec

une plus petite quantité de nicotiane; la fumée qui en résultait traversait de l'eau distillée ; l'examen de ce liquide nous donna les mêmes résultats.

Nos essais sont venus confirmer ce que l'on sait déjà, que la fermentation contribue à développer dans les corps des principes nouveaux; ce qui le prouve dans l'expérience ci-dessus, c'est que nous n'avons pas trouvé dans la feuille de nicotiane l'acide carbonique et l'ammoniaque, auxquels les chimistes attribuent la plus grande part d'action dans le tabac appelé *caporal.* L'administration des tabacs a donc bien tort de s'effrayer lorsqu'elle voit dans le jardin d'un particulier un certain nombre de pieds de nicotiane; car nous admettons que la fabrication du tabac est comme celle de la poudre, il faut opérer en grand pour avoir de bons produits.

Berzélius, cherchant la nicotine d'après le procédé de Pousselt et Reimann, avait reconnu qu'elle ne s'y trouvait pas toujours dans les mêmes proportions ; nous pouvons en dire autant de l'arome que répand la feuille de nicotiane en brûlant : chez les unes il est très-faible, chez d'autres très-fort; il en est de même pour le tabac, c'est ce qui explique la préférence donnée à quelques tabacs étrangers.

Baume de gurgun, son caractère chimique.

M. Dorvault nous apprend dans son officine qu'un pharmacien anglais, M. Hanbury, est le premier qui se soit occupé d'une sorte d'oléo-résine qui découle par incision du *Dipterocarpus incanus*, à laquelle il donne le nom de *wood oil*, huile de bois, que l'on récolte à Mouhnein, dans le Burnuch, et qui se vend dans les bazars de Calcutta pour les mêmes usages que le baume de copahu, où elle y est considérée comme son succédané.

Le baume de gurgun que nous analysons vient des grandes Indes; sauf l'odeur, il ne ressemble en rien au copahu : il est opaque comme le miel, non translucide, d'une couleur grise-blanchâtre ; à la température de 10 degrés, on peut le faire couler d'un vase dans un autre sans l'aide d'une spatule; pour l'amener à l'ébullition, il lui faut 1 degré de chaleur de plus que le baume de copahu.

Son poids spécifique est 0.

Lorsqu'on chauffe ce baume avec de l'eau distillée, il blanchit et

prend alors la couleur de la poix de Bourgogne ; l'eau qui provient de la décoction reste incolore ; cette eau est sans action sur le papier de tournesol, elle a seulement acquis une légère odeur de copahu.

Il faut 20 grammes d'éther ou de sulfure de carbone pour dissoudre complètement quelques grammes de cette substance ; les solutions ne sont pas limpides ; si on laisse évaporer les liquides à l'air libre, l'oléo-résine devient semblable à celle qui a été traitée par l'eau ; de plus elle acquiert de la fluidité.

L'alcool rectifié bouillant ne dissout qu'une très-petite quantité de ce baume ; la solution filtrée, lorsqu'elle est froide, donne un liquide d'une couleur ambrée ; si on l'abandonne à l'air, l'alcool s'évapore ; il reste avec de la résine un liquide limpide comme de l'eau, très-acide, qui fait effervescence avec le carbonate de magnésie.

Le gurgun laisse sur la langue une légère saveur chaude et piquante, comme celle de la menthe ; il brûle en répandant une abondante fumée. Distillé au bain-marie, on n'obtient qu'une petite quantité d'huile essentielle, elle rappelle l'odeur du copahu. Ce baume se dissout dans l'essence de térébenthine ; il faut le contact de la chaleur pour qu'il se mêle aux huiles fixes ; mis sur du papier à filtrer, il en découle une résine très-limpide, d'une belle couleur jaune-dorée, d'une franche odeur de copahu ; cette résine, dissoute dans de l'alcool, ne rougit pas le papier de tournesol.

Il est probable que le bas prix de cette substance la fera admettre dans la thérapeutique médicale.

Nous avons trouvé un caractère chimique qui permettra de toujours reconnaître le baume de gurgun du baume de copahu ou leur mélange ; on opère de la manière suivante :

On met dans une capsule en porcelaine 2 grammes de baume de gurgun avec une égale quantité d'acide nitrique ou hydrochlorique concentré ; le mélange prend à froid une très-belle couleur rose-violette ; le même baume avec le nitrate acide de mercure se colore en jaune ; le baume de copahu officinal ne présente aucun de ces phénomènes ; avec la magnésie calcinée, le baume de copahu se solidifie, le gurgun reste mou.

Stanislas Martin.

Bismuth et sous-nitrate de bismuth. — Impuretés et falsifications.

En raison de l'importance que prend de jour en jour le sous-nitrate de bismuth comme agent thérapeutique, on doit enregistrer avec soin tous les travaux qui ont pour but de débarrasser le bismuth des métaux toxiques qui l'accompagnent, et de le livrer au pharmacien dans le plus grand état de pureté possible. J'ai déjà indiqué (1) le procédé de Smedt pour purifier le sous-nitrate de bismuth, et signalé le moyen indiqué par M. Glénard pour y déceler la présence de faibles quantités d'arsenic. D'après le docteur Guming, quand on précipite par une abondante quantité d'eau la solution nitrique de bismuth, on précipite en même temps de l'arsenic, et pour éviter cet inconvénient il recommande d'étendre la solution nitrique avec une proportion d'eau seulement suffisante pour former un léger précipité, constitué par un nitrate double d'arsenic et de bismuth, qui est moins soluble que l'azotate basique de bismuth. On laisse reposer, on décante, et on termine la précipitation par le procédé ordinaire.

Mais, indépendamment de l'arsenic, il paraît que le cuivre se rencontre fréquemment dans le bismuth du commerce (2). Parrish dit que le bismuth renferme de l'arsenic et du cuivre, et Draper, dans sa revue de l'exposition de Dublin, se demande pourquoi il est si difficile d'obtenir du bismuth exempt de cuivre. Sur six échantillons de ce métal achetés dans le commerce et analysés par M. Brownen, quatre contenaient du cuivre; et sur trente-huit échantillons provenant des maisons les plus recommandables de Londres et de Birmingham, M. Wood n'en a rencontré que trois qui étaient exempts de cuivre. — L'explication la plus plausible qu'on puisse donner de ce fait, c'est que les métallurgistes reculent devant la dépense occasionnée par des traitements trop compliqués. Si on découvrait un procédé économique pour débarrasser du cuivre qu'ils contiennent les minerais de bismuth fournis en abondance par l'Australie, il est probable que le prix de ce métal subirait une réduction considérable. En attendant, celui qui est destiné aux usages médicaux doit être absolument pur, et par conséquent soumis à un examen sérieux avant d'être employé.

(1) *Union médicale*, t. XIX, p. 599, et t. XXIV, p. 140.

(2) *Pharmaceutical Journal*.

Outre les impuretés que le sous-nitrate de bismuth du commerce peut emprunter au métal qui a servi à sa fabrication, ce sel peut être falsifié par du phosphate de chaux, fait qui a été signalé récemment en France par M. Roussin, et en Angleterre par M. Redwood. Des deux échantillons analysés par ce dernier chimiste, l'un contenait 11 pour 100, et l'autre 40 pour 100 de phosphate de chaux. Enfin M. Herbelin a constaté dans du sous-nitrate de bismuth du commerce l'existence d'une quantité considérable d'acide nitrique libre ; d'où la nécessité d'essayer ce sel avec le papier de tournesol, et de le laver avec de l'eau additionnée d'une petite quantité d'ammoniaque, quand il présente une réaction acide.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Empyème datant de trois ans, modifications du procédé opératoire, guérison d'emblée par une seule injection.

Frappé à juste titre des nombreux insuccès de l'opération de l'empyème par l'injection iodée, de la longueur du traitement, pendant la durée duquel la plupart des malades meurent épuisés par la fièvre et par la suppuration, de la difformité du thorax qui suit ordinairement la guérison, je me suis demandé si toutes ces fâcheuses conséquences ne devaient pas être rapportées autant aux imperfections de la méthode opératoire qu'à la gravité même de la maladie. Après une étude approfondie de cette intéressante question, ma réponse a été affirmative, et je suis resté convaincu que l'opération classique satisfait mal aux indications dont l'accomplissement est indispensable pour obtenir un résultat parfait. Résumons ainsi ces indications :

1° Eviter, sinon l'introduction, tout au moins le séjour, dans la poitrine, de l'air qui altère le pus et lui communique des qualités nuisibles ;

2° Evacuer la suppuration en totalité, et par là je comprends non-seulement celle à laquelle la canule peut donner issue, mais encore cette partie de pus qui demeure cachée dans les bas-fonds et les anfractuosités de la cavité pleurale, puis la couche purulente qui enduit la vaste surface de la membrane pyogénique et em-

pêche cette surface de se mettre en contact immédiat avec la solution médicamenteuse.

J'admets qu'avec de grandes précautions et à l'aide de l'appareil ingénieux de Reybard on puisse arriver à remplir la première indication ; mais il n'est pas moins vrai aussi qu'une brusque et accidentelle introduction de l'air surprend plus d'une fois la vigilance du chirurgien, soit lorsque celui-ci retire le poinçon du trocart, soit quand il ajuste la seringue à la canule, soit enfin quand il sépare l'un de l'autre les deux instruments. Or cet accident, lorsqu'il se produit, compromet sérieusement le succès de l'opération. Quant à la seconde indication, la plus importante des deux, celle à mon avis d'où dépend la réussite, elle est complétement négligée. Comment en effet se comporte-t-on ? Dès que la canule ne fournit plus de suppuration, on pratique l'injection : qui ne voit alors que cette injection va se mêler avec le pus qu'elle rencontre dans les régions déclives et les anfractuosités de l'abcès ; qu'altérée par ce mélange, elle perd presque toute son activité, n'agit que faiblement et souvent pas du tout sur la plèvre, avec laquelle d'ailleurs elle n'a qu'un contact médiat en raison de l'interposition de la couche purulente dont nous avons parlé ? Autre faute qui n'est que la conséquence de la première : après un séjour plus ou moins prolongé de la solution iodée dans la poitrine, on la retire en la laissant couler par la canule ; mais de même que dans le premier cas l'instrument n'évacue pas la totalité du pus, dans le second il ne rend pas la totalité de l'injection ; il reste donc dans le foyer un magma de pus et de liqueur iodée qui entretient la suppuration que le remède était destiné à tarir. Ainsi s'expliquent les insuccès de l'opération, l'obligation dans laquelle on se trouve de réitérer un grand nombre de fois l'injection, la longueur désespérante du traitement et la terminaison fatale que nous avons trop souvent à déplorer.

Le malade, grâce à une constitution vigoureuse, échappe-t-il à tant de dangers, il n'obtient la guérison qu'au prix d'une difformité plus ou moins grande. En effet la guérison, si je puis m'exprimer ainsi, n'est que le résultat de plusieurs guérisons partielles et successives produisant chacune des cicatrices qui brident le poumon contre la colonne vertébrale, lui enlèvent une partie de sa faculté d'expansion, de son volume, et par conséquent de ses fonctions. A cet état de l'organe pulmonaire s'ajoutent ensuite le retrait forcé des côtes, l'aplatissement du thorax et fréquemment une incurvation de la colonne dorsale.

Perfectionner l'opération de l'empyème par des modifications essentielles qui, répondant avec exactitude aux indications que j'ai posées, l'assimileraient, quant aux résultats, à celle de l'hydrocèle, serait, si je ne me trompe, rendre un important service à la science et aux malades. Tel est le but que je me suis efforcé d'atteindre au moyen d'un procédé opératoire dont je viens de faire l'application dans un cas désespéré d'empyème; le succès a été si rapide et si complet, qu'il a dépassé mon attente. Je donne ici en même temps la démonstration de ce procédé et l'observation de la malade, qui a été le sujet de ma première expérience.

Obs. Marie Macars, âgée de cinq ans, appartenant à un honorable négociant de Lyon, fut atteinte à l'âge de deux ans d'une pleurésie du côté gauche qui se termina par un empyème, lequel s'ouvrit au dehors par le quatrième espace intercostal. La suppuration n'a pas cessé de couler depuis cette époque jusqu'au moment où j'ai pratiqué l'opération, c'est-à-dire pendant trois ans. Tous les traitements dirigés contre cette redoutable lésion avaient échoué. La petite fille me fut confiée à Meximieux, au mois de juin 1868. Voici quelle était sa position : mesurée avec un enfant de vingt mois, elle égalait à peine sa taille ; à dater du début de la maladie, il y avait eu arrêt complet de croissance et de développement ; sa figure, pâle et bouffie, exprimait la souffrance; ses membres étaient grêles et amaigris ; le ventre volumineux, les côtes saillantes, la peau sillonnée de veines bleuâtres ; elle ne pouvait que difficilement se soutenir et faire quelques pas ; c'était un squelette vivant. L'anorexie, la diarrhée et les vomissements annonçaient l'existence d'une altération profonde des voies digestives ; une fièvre continue consumait la malade ; la toux était fréquente et la dyspnée considérable; tout le côté gauche de la poitrine donnait un son mat ; l'oreille ne percevait aucun bruit respiratoire; le trajet fistuleux fournissait sans cesse une suppuration abondante et fétide.

En présence d'une situation si grave, je reculai pendant plusieurs mois devant la tentative d'une opération capable d'éteindre le souffle de vie qu'avait encore cette malheureuse petite fille, et je cherchai à fortifier son organisme par les préparations ferrugineuses, les amers, le diascordium et l'influence de l'air de la campagne. Enfin, le 11 novembre dernier, l'état général étant un peu moins mauvais, je l'opérai de la manière suivante :

L'opération fut divisée en trois temps :

Premier temps. L'enfant fut couchée en travers sur les genoux d'un aide qui la fixa solidement dans cette position. Rejetant l'appareil de Reybard, rendu inutile par mon procédé, qui laisse, il est vrai, l'air entrer et sortir librement, mais qui permet de s'en débarrasser avec la plus grande facilité en temps opportun, j'introduisis profondément dans la poitrine, par l'ouverture extérieure du trajet

fistuleux, une large sonde en caoutchouc ouverte à ses deux extrémités. Il s'écoula environ 200 grammes d'un pus d'une horrible puanteur, et j'en favorisai l'écoulement en donnant à la malade une position convenable, en la faisant tousser et respirer largement.

Deuxième temps. La sonde fut confiée à un aide intelligent, qui la tint entre le pouce et l'index de la main droite, prêt à la comprimer avec ses deux doigts, quand son intervention serait réclamée. Cette précaution prise, j'injectai dans le sac pleural 300 grammes d'eau tiède additionnée d'une cuillerée d'alcool vulnéraire. L'injection ressortit trouble et épaisse : c'était vraiment du pus délayé ; je la réitérai cinq fois consécutives, c'est-à-dire jusqu'à ce que l'eau fût rendue claire, conservant tout au plus une légère teinte opaline. Alors, la seringue ayant été soigneusement nettoyée et séchée, j'ajustai sa canule à la sonde, et, retirant à moi le piston, j'aspirai l'eau et l'air que pouvait contenir le foyer. Avant de séparer les deux instruments, l'aide reçut l'ordre de comprimer exactement la sonde, afin d'empêcher la rentrée de l'air, puis je renouvelai ainsi les aspirations jusqu'à ce que j'eusse obtenu le vide le plus complet, ce qu'il est toujours facile de reconnaître à la peine que l'on éprouve à remonter le piston, à l'aplatissement des parois de la sonde qui s'appliquent l'une contre l'autre pendant la manœuvre, enfin à la vacuité de la seringue elle-même.

Troisième temps. Une seconde fois nettoyée et séchée, la seringue fut chargée de la solution suivante :

Pr.	Eau distillée........................	100 grammes.
	Teinture d'iode......................	5 —
	Iodure de potassium..................	11 centigram.

Je poussai cette injection dans la cavité morbide, l'aide ouvrit ses deux doigts pour lui permettre de passer, et les referma aussitôt après pour la retenir ; elle fut laissée à demeure pendant dix minutes, laps de temps pendant lequel j'imprimai au thorax de légères secousses, dans le but de favoriser son contact avec toutes les parties de la membrane malade; puis je la retirai par des aspirations successives, suivies chaque fois de la compression de la sonde et renouvelées jusqu'à ce que le vide fût une dernière fois effectué; en un mot, je me conduisis dans cette circonstance comme je l'avais fait déjà dans le deuxième temps de l'opération. Arrivé à ce point, après m'être débarrassé de la seringue, je pinçai fortement entre mes deux premiers doigts de la main gauche le bout libre de la sonde, dont je fis l'extraction avec lenteur, pendant que mes doigts correspondants de la main droite, placés autour de l'ouverture extérieure du thorax, en rapprochaient les bords. Au moment où l'instrument s'échappait au dehors, mon doigt indicateur entraînant avec lui un pli de la peau, s'appliqua rapidement sur la plaie dont il froissa les lèvres en tous sens, et y resta fixé quelques secondes, afin de per-

mettre à la rétraction des tissus de détruire le parallélisme des deux extrémités du trajet fistuleux, si toutefois il avait été rétabli par le séjour de l'instrument qui l'avait traversé, et d'éviter le retour de l'air dans la poitrine.

Un morceau de diachylum, un plumasseau de charpie, une compresse et un bandage de corps composèrent tout le pansement.

L'opération terminée, l'enfant fut mise dans son lit, où elle fut prise immédiatement d'une toux incessante avec crachats sanguinolents, et trois heures après il se déclara une fièvre ardente qui éleva le pouls à 130 pulsations par minute. Ces symptômes durèrent huit jours, pendant lesquels on ne donna que du bouillon et du lait ; ils cessèrent le neuvième, et il y eut une telle amélioration, qu'à partir du quinzième, la longue anorexie de trois ans fut remplacée par un appétit insatiable qui ramena bientôt les forces, la gaieté et un commencement d'embonpoint. Plus de toux, plus de vomissements, plus de diarrhée ; au bout d'un mois la petite fille était transformée et tout à fait méconnaissable ; levée toute la journée, elle se livrait aux amusements de son âge et pouvait faire un kilomètre à pied. Aujourd'hui l'enfant a grandi, sa figure est pleine et épanouie, tout son corps a grossi, sa santé est excellente, et depuis le moment de l'opération, il n'est pas sorti une seule goutte de suppuration. La plaie est fermée par une cicatrice solide et déprimée, le côté gauche est partout sonore à la percussion, la respiration s'accomplit de la façon la plus normale et il n'existe pas la moindre difformité.

La guérison que je viens d'obtenir avec une précision on peut dire mathématique, est-elle due uniquement au procédé opératoire que j'ai employé, et sera-t-elle le premier jalon d'une voie meilleure sur laquelle désormais le même succès se reproduira toujours sous la main du chirurgien ; ou, malgré l'immense gravité du cas qui m'est échu comme sujet d'expérimentation, ne sera-t-elle que le fait d'un hasard heureux, une exception, et non la loi dans le traitement de l'empyème?

De nouveaux essais me l'apprendront, ainsi qu'à ceux de mes confrères qui voudront bien répéter l'opération suivant les règles qui m'ont guidé moi-même.

Dr Roux,
Médecin à Meximieux.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de la menstruation, ses rapports avec l'ovulation, la fécondation, l'hygiène de la puberté et de l'âge critique, son rôle dans les différentes maladies, ses troubles et leur traitement, par A. Raciborski, docteur en médecine, ancien chef de clinique et lauréat de la Faculté de médecine de Paris, lauréat de l'Institut (Académie des sciences) et de l'Académie de médecine, membre de plusieurs sociétés savantes, chevalier de la Légion d'honneur, officier de l'ordre royal Virtuti militari, de Pologne; avec deux planches chromolithographiées.

Si nous ne nous trompons, cet ouvrage du savant médecin polonais résume en grande partie le résultat des recherches originales auxquelles il s'est livré pendant les intermittences d'une pratique honnête et laborieuse. Marquées au coin d'une observation attentive, la plupart de ces recherches n'ont pas laissé de jeter quelque lumière sur plusieurs points intéressants de la science, et ont valu à leur auteur des distinctions méritées. La première question qu'aborde ici M. Raciborski est celle de l'ovulation spontanée, coïncidant chez les femelles mammifères avec le rut, et chez la femme avec le travail de la menstruation. Tout le monde sait que cette théorie de l'ovulation, telle qu'elle est admise aujourd'hui par presque tous les physiologistes, c'est M. Pouchet qui, le premier, l'a mise en pleine lumière. M. Raciborski, sans oublier la part qui doit être faite à Négrier dans cette découverte, ne marchande point la gloire que s'est acquise le savant professeur de Rouen dans cet ordre de recherches. Mais cette part du lion faite à qui de droit, notre savant confrère revendique aussi la sienne, et montre clairement que, si M. Pouchet a établi ce point d'une manière rigoureuse, c'est surtout en suivant la logique déductive qu'il y est parvenu, ce qui laissait toujours planer quelques nuages sur la légitimité de la conclusion ; tandis qu'en appuyant la loi sur des faits irréfragables, il a, lui, mis à néant toutes les objections par lesquelles elle pouvait encore être combattue, et s'est de plus séparé de M. Pouchet par une nuance sur les conditions et l'époque de la déhiscence. Cette discussion un peu longue, et où le fait qu'il s'agit de mettre en relief ne se détache pas toujours assez nettement des détails, au milieu desquels il se produit, mérite d'être lue et méditée.

Les règles sages qu'établit M. Raciborski, quant à l'hygiène de

la puberté et de la ménopause, témoignent tout à la fois d'un observateur attentif et d'un médecin pour qui l'art bienfaisant qu'il exerce n'est pas un pur métier. Notre savant confrère, nous l'avons déjà laissé pressentir, ne paraît pas d'humeur à se laisser dépouiller des idées qu'il a pu émettre le premier. Ici encore nous le voyons revendiquer l'honneur de la priorité d'un conseil donné par lui aux femmes arrivées à une certaine période de la vie, de renoncer aux vains plaisirs et de se livrer, dans l'intérêt même de leur santé, aux œuvres de bienfaisance et de charité. Nous remarquerons d'abord que c'est là un peu prêcher des convertis, et qu'il y a longtemps qu'une noble femme, Marguerite de Navarre, a dit qu'à l'âge de quarante ans les femmes devaient changer leur titre de belles en celui de bonnes. On n'invente pas ces choses ; cela pousse de soi au cœur des femmes bien nées, comme les champignons sous la tiède haleine des dernières nuits de l'été. M. Raciborski raconte à ce sujet une anecdote exquise, que je ne résiste pas au désir de résumer ici. Il s'agit d'une de ces femmes du monde chez qui le champignon de l'automne pousse plus difficilement et non sans accompagnement d'accidents névropathiques qui peuvent donner le change au médecin novice. Or cette femme, un jour, souffrante et inquiète, appela notre confrère et finit par promettre, si elle guérissait, de se rendre aux sages conseils que depuis longtemps il ne cessait de lui donner. Mais écoutez, c'est une perle, et de la plus belle eau, et que les romanciers les plus réalistes ne s'aviseront jamais d'aller chercher dans un traité sur la menstruation. « Vous êtes, je crois, dans le vrai, docteur, me dit-elle : J'attribue ma maladie à une vive émotion. Vous savez combien, nous pauvres femmes, nous sommes exposées dans le monde à être poursuivies par la jalousie ; nos prétendues amies nous pardonnent rarement le plus petit succès ; vous savez, cher docteur, que c'était mon lot depuis quelque temps ; mais, de ma vie, je n'ai jamais éprouvé un affront pareil à celui qu'on m'a fait subir, hier en public, au bal costumé du ministre de... J'avais une toilette ravissante : robe fond blanc, recouverte de feuilles de lierre, un brillant à chaque principale branche ; j'étais coiffée de même ; tout le monde m'en faisait des compliments, et j'ai eu même un instant la faiblesse de croire à leur sincérité. Au plus beau moment de mon triomphe, je vois passer un domino bleu qui, m'ayant aperçue, s'arrêta devant moi, fit mine de m'examiner de la tête aux pieds, et se mit à dire à haute voix : « Aujourd'hui, ma belle, votre toilette est irréprochable

« comme goût, tout y est en harmonie avec la personne : le lierre, « partout du lierre ! cela sied si bien aux ruines ! » Je n'ai pas besoin de vous dire ce que ces paroles acerbes et impertinentes, prononcées méchamment en public, avaient produit sur moi ; je crois que des coups de poignard au cœur ne m'auraient pas fait souffrir davantage. » On voit d'ici la conclusion de ce petit drame intime : Mme X*** se soumit à la cruelle nécessité dont une plante malencontreusement choisie était le symbole inconscient, et à partir de ce jour elle jouit d'une santé prospère. Souvent nous sommes appelés, tous tant que nous sommes, à remplir le rôle du domino bleu de cette petite histoire : mais, hélas ! combien peu nous sommes écoutés, et notre science est éconduite comme une Cassandre importune :

..... fatis aperit Cassandra futuris
Ora, Dei jussû non unquàm crédita Teucris.

Je demande pardon au lecteur d'avoir rappelé ici ce souvenir classique, la faute en est à M. Raciborski qui, à propos de ménologie, nous a jetés en pleine vallée de Tempé.

Lisez donc tout ce qui a trait, dans cet ouvrage, à la physiologie et à l'hygiène de la menstruation, et vous vous y édifierez, si vous n'êtes édifié déjà, sur une foule de questions qui ressortissent de la pratique de tous les jours. Nous ne signalerons ici qu'une lacune, c'est que l'auteur se tait complétement sur une congestion morbide qui se rencontre quelquefois chez les jeunes filles à l'époque où la menstruation s'établit, c'est la congestion du corps thyroïde : plus d'un goître a eu ce point de départ ; heureusement, quand l'accident se développe en de telles conditions, il est facile d'en prévenir les fâcheuses conséquences.

Nous recommanderons également à l'attention du lecteur les longs et très-intéressants développements que M. Raciborski a consacrés dans la troisième partie de son livre, qui est en quelque sorte la plus pratique, à la menstruation étudiée au point de vue de la pathologie et de la thérapeutique générales. Nous ne savons si l'en-tête de cette partie de l'ouvrage, ainsi formulée, rend bien correctement la pensée de l'auteur ; mais correcte ou non, cette rubrique ne nous conduit pas moins à une foule de remarques judicieuses, compendieusement développées, et qui nous paraissent appelées à diriger utilement le praticien dans les détails d'une casuistique difficile, et où le conseil d'un aussi bon guide que notre

savant confrère n'est jamais inopportun. Nous signalerons encore ici une lacune qu'avec un peu de bonne volonté M. Raciborski eût évitée. Nous aurions désiré qu'à propos de la fièvre typhoïde dans le cours de laquelle il étudie la marche de la menstruation, il eût au moins signalé un fait que nous avons indiqué quelque part, et sur lequel notre regrettable ami Thirial a encore insisté davantage, c'est celui où la fonction menstruelle, s'établissant pour la première fois, simule à s'y tromper les prodromes d'une fièvre typhoïde. Mais on ne peut pas tout dire ; nous aussi n'avons fait qu'effleurer l'ouvrage de M. Raciborski : nous lui accordons donc volontiers sur ce point un bill d'indemnité dont nous sentons nous-même avoir besoin.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Suture des deux bouts divisés du tendon du long extenseur du pouce droit ; réunion. — (1) L*** Michel, âgé de dix-sept ans, ébéniste, étant en état d'ivresse, est tombé, le 8 février, sur une vitre et s'est fait une plaie au niveau de la face dorsale de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce droit. La plaie a compris toutes les parties molles, et l'os est à nu dans une assez large étendue ; le tendon extenseur a donc été divisé ; aussi la deuxième phalange du pouce est-elle fléchie et le malade ne peut-il exécuter aucun mouvement d'extension. Les deux bouts du tendon ne sont point visibles dans la plaie; cependant, comme il est probable que la section en a été faite d'une façon nette par le verre, que par conséquent ils ne sont pas mâchés, M. Tillaux se propose de tenter la suture.

Il pratique une incision dans la direction du tendon et ne tarde pas à découvrir d'abord le bout supérieur notablement rétracté, et ensuite le bout inférieur ; — à l'aide d'un fil à ligature ordinaire, M. Tillaux met un seul point de suture qui réunit exactement les deux bouts du tendon ; — le mode de suture est celui qu'on a employé pour la réunion des nerfs.

Le pouce est ensuite immobilisé sur une planchette dans l'extension et la plaie fermée par occlusion.

Les jours suivants le malade n'éprouve aucune douleur ; la plan-

(1) Observation recueillie par M. Gauthier, externe du service.

chette est enlevée le 22 février, c'est-à-dire treize jours après la suture; le pouce peut exécuter de légers mouvements de la deuxième phalange sur la première ; la réunion se fait donc. On immobilise de nouveau le pouce dans l'extension.

27 février. Nouvel examen. Le pouce fonctionne bien, la plaie tend à se cicatriser.

Ce n'est toutefois que le 20 mars, c'est-à-dire quarante-deux jours après l'accident, que la guérison est complète. Le malade exécute les mouvements de flexion et d'extension de la première et de la deuxième phalange du pouce. Il oppose facilement ce doigt à tous les autres doigts. Dr Tillaux.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Du traitement abortif de l'érysipèle. Résumons en quelques mots une très-intéressante clinique de M. Schutzenberger, professeur à Strasbourg, qui a trait au traitement de l'érysipèle; car il y a là, il nous semble, si l'expérience la confirme, une véritable conquête thérapeutique.

Dans le traitement de l'érysipèle, beaucoup de cliniciens, et des meilleurs, conseillent de s'en tenir d'emblée à la médication expectante, palliative et symptomatique. Elle consiste à modérer l'inflammation locale par des applications adoucissantes. Les uns conseillent de saupoudrer les surfaces enflammées avec de la poudre d'amidon et de riz; d'autres emploient des onctions huileuses; d'autres s'abstiennent de tout topique; à l'intérieur on s'en tient au régime antiphlogistique, à la diète, aux boissons fraîches, aux limonades, à l'émétique en lavage, à de légers purgatifs; ou bien on cherche à modérer la fièvre par la digitale, le sulfate de quinine, etc.

On assiste ainsi à l'évolution de l'érysipèle, qui d'ordinaire, malgré l'intensité de la fièvre et malgré le délire ou le coma, se termine spontanément par une défervescence brusque vers le septième ou neuvième jour, après avoir envahi des surfaces plus ou moins étendues. L'expectation n'est évidemment que le refuge obligé du médecin convaincu de l'impuissance des moyens abortifs tour à tour préconisés. Ces moyens sont en grand nombre, signe malheureusement trop certain de leur insuffisance; car s'il existait un agent réellement efficace, il serait bien vite adopté par tout le monde, et l'on ne parlerait plus des autres qu'au point de vue de l'histoire des tentatives infructueuses. Cette liste est déjà fort longue; nous y rangeons les essais d'arrêter l'érysipèle par les cautérisations avec le nitrate d'argent vantées par Tanchou, les vésicatoires volants ou à demeure (Cazenave, Schedel), le badigeonnage avec le collodion riciné (Grisolle, Guersant, Robert Latour), les onctions avec l'onguent mercuriel, les applications de camphre, le froid et les astringents de toutes sortes, enfin le perchlorure de fer, dont on a récemment constaté l'insuccès.

De tous ces agents, les uns sont absolument inefficaces; les autres, infidèles ou insuffisants, peuvent tout au plus être considérés comme d'utiles palliatifs.

L'inutilité des expérimentations en quête d'un moyen abortif n'enlève cependant rien à la valeur positive de l'indication; celle-ci n'en subsiste pas moins; elle formule toujours le problème de la découverte d'un agent

abortif efficace. A notre avis, il ne faut donc pas repousser par une fin de non-recevoir avec un parti pris d'*expectation* ou de *scepticisme exagéré* toute tentative nouvelle. La clinique a précisément pour mission de soumettre au contrôle de la critique expérimentale toute proposition nouvelle de traitement local abortif de l'érysipèle, à la condition toutefois que le moyen proposé ne soit pas dangereux et offre quelque probabilité de succès.

C'est en vertu de ce principe que nous avons cru de notre devoir de soumettre immédiatement à l'expérimentation clinique un nouvel agent proposé dans le numéro 45 du *Berliner klinische Wochenschrift*. Le professeur Lücke, de Berne, a publié dans ce journal plusieurs observations très-démonstratives de l'efficacité de l'huile de térébenthine, appliquées en onctions sur la surface de l'érysipèle traumatique. Les inductions théoriques qui ont conduit le professeur suisse à l'emploi de ce moyen sont assez intéressantes pour être brièvement reproduites.

Le professeur Lücke est parti d'une idée admise par la plupart des chirurgiens, à savoir : que l'érysipèle traumatique se développe généralement sous l'influence d'une cause ou d'un agent infectieux, arrivant à la plaie, soit par l'intermédiaire de l'air nosocomial, soit par le contact plus direct à l'aide des pansements ou des instruments de chirurgie. De la plaie, l'érysipèle s'étend en surface dans toutes les directions, sans suivre ni le trajet des vaisseaux sanguins ni celui des lymphatiques. De ce point primitivement affecté le mal se propage de proche en proche par une véritable migration, soit de l'agent infectant lui-même, soit des éléments organiques contaminés.

Or, d'un côté, on sait que les huiles volatiles, et notamment l'essence de térébenthine, possèdent des propriétés désinfectantes, et de l'autre, qu'elles pénètrent assez facilement dans la profondeur des tissus, qu'on les applique en frictions ou en onctions répétées. Ces deux propriétés recommandent rationnellement cette substance comme offrant les conditions d'un agent utile dans le traitement abortif de l'érysipèle infectieux et traumatique. L'expérimentation clinique a confirmé ces prévisions ; elle a démontré l'efficacité abortive des onctions térébenthinées dans une dizaine de cas d'érysipèle traumatique. De ces cas de succès, l'auteur rapporte quatre observations, toutes très-remarquables, dont les résultats méritent bien certainement de fixer sérieusement l'attention des praticiens. L'érysipèle, dans tous les cas cités, a été très-rapidement enrayé. Le mal local s'est arrêté, et la température fébrile est brusquement descendue, non pas au septième ou neuvième jour, mais dès le troisième ou le cinquième jour de la maladie.

Dans aucun des cas traités par l'huile de térébenthine, l'érysipèle n'a eu ni la durée ni l'extension prévues au moment de l'invasion. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

Emploi de l'écorce de chêne comme succédané de l'écorce de quinquina, pour l'usage externe. Les médecins de campagne, guidés souvent par la nécessité, sont amenés à chercher hors des officines divers agents thérapeutiques. C'est ainsi que le docteur Bourguet (de Graisessac) a songé à remplacer l'écorce de quinquina par celle de chêne dans les pansements de certaines solutions de continuité de la peau.

Les observations suivantes semblent le prouver.

Obs. I. G***, maçon, cinquante-cinq ans, de constitution robuste, s'est piqué, il y a cinq ou six mois, à une branche d'aubépine, a négligé la petite plaie et continué son travail ordinaire. Une pustule parut et fut le point de départ d'une plaie augmentant toujours, se recouvrant de croûtes et fournissant du pus, du sang ou de la sérosité sanguinolente. Deux ou trois remèdes empiriques furent employés sans résultat.

Un confrère consulté parla d'une opération. Le malade effrayé vint me demander conseil.

La plaie se trouve sur le dos de la main gauche, à la racine des trois doigts externes ; la peau est rouge, indurée sur certains points, comme rongée sur d'autres ; à la circonférence l'épiderme soulevé forme un liséré très-distinct.

La pression n'est douloureuse que sur un point (d'autres l'ont été antérieurement) ; le pus ou le sang s'échappent avec plus d'abondance tantôt sur un point, tantôt sur un autre ;

divers petits pertuis laissent suinter continuellement de la sérosité roussâtre.

Aucun point n'est fluctuant, la peau est encore légèrement mobile et affectée d'une sensibilité voisine de la douleur, que l'air extérieur, le soleil, le contact, etc., suffisent à provoquer.

Je prescris la décoction vineuse de quinquina, des manuluves émollients, des cataplasmes la nuit, car le malade déclare qu'il ne cessera pas un instant son travail.

Quarante jours après, une partie du bord interne est seule guérie, tandis que du côté externe le mal a fait des progrès. C'est alors que je fais essayer l'écorce seconde de chêne (une poignée par litre d'eau, réduire de moitié par l'ébullition).

Huit jours après la main est entièrement guérie et le malade peut travailler sans l'envelopper aucunement. Sans doute la guérison était commencée, mais on ne peut mettre en doute dans ce cas la grande efficacité de l'écorce de chêne.

Obs. II. T***, soixante-cinq ans, affecté de vitiligo depuis cinq ans. Larges taches décolorées au dos des mains, avec pigment autour, taches au cou et aux parties génitales depuis cette année seulement.

En travaillant aux champs, une pierre l'atteignit sur la tache de vitiligo de la main droite; il se développa en ce point une large phlyctène, mi-partie remplie de pus et de sang. Je l'ouvris avec une épingle et pansai à sec, ayant bien soin de conserver l'épiderme.

Quarante-huit heures après, tout le dos de la main était recouvert de croûtes, laissant passer au-dessous d'elles une humeur séro-purulente; le malade vint me trouver fort en souci. Quatre applications de la décoction d'écorce de chêne eurent raison du mal du jour au lendemain.

Obs. III. Mme B***, trente-huit ans, scrofuleuse, eut une crevasse à l'extrémité de l'index droit, au côté externe. Elle fut mal soignée et disparut au bout de quatre mois, laissant tout le côté correspondant du doigt recouvert d'une éruption papulo-vésiculeuse, suintante, et ayant résisté à une foule de moyens variés.

Guérison en huit jours par l'écorce de chêne.

Obs. IV. J***, quarante-cinq ans, d'une bonne constitution, mais adonné aux alcooliques, fut égratigné par un lapin à la face dorsale du pouce gauche. Au bout de deux ou trois jours, la plaie devint croûteuse, et il se développa sur l'avant-bras, en arrière, à la réunion du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs, une phlyctène pareille à celle de l'observation II. Le malade en l'ouvrant ne conserva pas l'épiderme.

Guérison de l'égratignure en dix jours et de la phlyctène en trois semaines.

Obs. V. Mme B***, trente ans, lymphatique. Plaie sur la crête du tibia droit, s'agrandissant toujours, ayant résisté à divers onguents ou cérats, guérie radicalement en dix jours.

Obs. VI. F***, trente-quatre ans, scrofuleux, mordu profondément par un rat au médius droit. Toute la peau de la phalange se mortifia, laissant une plaie de fort mauvais aspect, rapidement guérie (dix à douze jours) par l'emploi du même moyen.

Il faut signaler aussi les bons effets de l'écorce de chêne dans le traitement des ulcères variqueux anciens; plusieurs malades traités d'un côté par ce moyen, de l'autre par l'occlusion, en ont retiré un bénéfice à peu près égal dans les cas les moins fâcheux. La guérison peut s'obtenir, mais il faut de la persévérance.

Les plaies qui succèdent aux eschares, dans les maladies graves, revêtent fort vite un bon aspect si on les panse avec de la charpie trempée dans cette décoction.

Ces faits, quoique peu nombreux, paraissent suffisants pour engager d'autres praticiens à expérimenter cette médication, et cela pour trois raisons :

1° La terminaison toujours favorable, souvent rapide;

2° Le point de départ de la lésion qui n'a jamais été la même;

3° La facilité qu'on a à se procurer l'écorce de chêne et la nullité de son prix. (*Gaz. des hôpit.*)

Théorie de la dissolution du calomel dans l'organisme. La théorie de M. Mialhe touchant la dissolution du calomel dans l'organisme est généralement admise. D'après cette théorie, le calomel, en présence des chlorures alcalins dissous dans les liquides organiques, se transforme partiellement en bichlorure de mercure soluble qui est facilement absorbé. M. Jeannel conclut d'expé-

riences nombreuses que la théorie de M. Mialhe est au moins insuffisante.

Nous renvoyons au *Journal de médecine de Bordeaux* ceux qui voudraient connaître les détails des expériences, et nous signalerons seulement les conclusions.

Les carbonates alcalins sont les principaux décomposants du calomel; en présence des liquides alcalins, les corps gras dissolvent l'oxyde de mercure provenant de la décomposition du calomel; les chlorures alcalins en dissolution, même concentrée, ne produisent qu'une décomposition comparativement insignifiante du calomel.

S'il est vrai, comme l'a indiqué M. Mialhe, que le chlorure mercureux, sous l'influence des chlorures alcalins, à la température de l'organisme, donne toujours une quantité plus ou moins grande de sublimé corrosif, il serait erroné de soutenir avec lui que c'est à cette transformation partielle que le calomel doit ses propriétés médicales. En réalité, une faible partie du calomel ingéré peut être dissoute dans l'estomac en présence des liquides acides qui contiennent du sel marin, mais la principale, la plus considérable décomposition du calomel a certainement lieu au contact des liquides intestinaux alcalins. Alors interviennent les corps gras. Une longue série d'expériences ont démontré à M. Jeannel que, dans les liquides mixtes composés d'eau, de bicarbonate alcalin et d'huile grasse, une très-notable proportion d'oxyde de mercure provenant du calomel décomposé passe en dissolution dans les corps gras; cet oxyde perd alors l'énergie de ses affinités chimiques et peut être émulsionné et absorbé sans produire aucune irritation locale. La théorie de M. Jeannel explique pourquoi l'action du calomel est tardive et généralement inoffensive.

Cette action est presque nulle tant que le médicament reste dans l'estomac en contact avec les liquides acides et légèrement chlorurés; elle se prononce dès que le médicament est parvenu dans l'intestin, où réagit un liquide alcalin donnant naissance à du bichlorure; mais là interviennent à la fois l'albumine et les corps gras, qui atténuent ou annullent l'action irritante du sel mercuriel soluble et de l'oxyde résultant de la décomposition du calomel. Le mercure est absorbé sous la forme d'albuminate ou de sel gras. (*Journal de médecine de Bordeaux*, février 1869.)

Contracture permanente du membre supérieur droit, datant de quatre ans, guérie par des injections sous-cutanées d'atropine. Mlle C***, âgée de vingt ans, brune, d'une santé délicate, vint au mois de mai 1867 demander les soins de M. le docteur Desprez. Après différentes manifestations de rhumatisme articulaire, elle avait été prise quatre ans auparavant de douleurs dans l'articulation scapulo-humérale droite et dans le membre correspondant, douleurs qui s'étaient calmées au bout de quelque temps, mais en laissant une contracture des plus prononcées. Plusieurs médecins distingués avaient été consultés, mais tous les moyens mis en œuvre étaient restés sans résultat.

Au moment où M. Desprez vit la malade pour la première fois, le bras était fortement appliqué contre la poitrine, l'avant-bras fléchi à angle droit, et les doigts portés à leur maximum de flexion, laissant voir leur empreinte sur la face palmaire de la main. Le tendon des muscles pectoraux, qui s'insère sur l'humérus, formait un bord rigide inflexible. Les moindres mouvements que l'on voulait imprimer au membre étaient très-douloureux; il fallait faire un effort considérable et soutenu pour arriver à écarter le bras du tronc de quelques centimètres; des douleurs vives se faisaient alors sentir dans tout le membre et arrachaient des cris à la patiente. Il n'y avait aux articulations ni épanchement de liquide ni déformation autre que celle résultant d'une flexion exagérée et prolongée; il y avait de l'atrophie du membre, mais qui ne paraissait être que le produit de la douleur et du manque d'exercice.

Pensant que la cause de ces accidents devait avoir pour siége principal tout ou partie du plexus brachial et agissait ainsi sur tous les muscles fléchisseurs, notre confrère fit choix de la belladone comme du moyen qui lui paraissait le plus efficace pour faire disparaître l'élément douleur en même temps que la contracture. Il l'employa d'abord sous forme de liniment sur le membre et surtout sur sa face interne, là où la peau plus fine se prête le mieux à l'absorption, se proposant, si la chose était nécessaire, d'employer

le sommeil chloroformique pour faire l'extension forcée du membre.

Les frictions amenèrent au bout de quelque temps une assez importante amélioration. Mais, dans le but d'obtenir de la belladone tout le résultat possible, M. Desprez se décida à administrer en injections sous-cutanées l'alcaloïde de cette plante ; il fit en conséquence préparer une solution de sulfate neutre d'atropine, 5 centigrammes, pour eau distillée, 20 grammes. Une première injection fut faite avec 25 gouttes de cette solution sur la face antérieure du grand pectoral ; il y eut à la suite quelques signes légers d'intoxication, vertiges, dilatation des pupilles ; trois jours après, amélioration notable, muscles moins rigides, douleur moins vive quand on essayait d'écarter le bras. Une nouvelle injection fut pratiquée avec 30 gouttes au même point, puis trois autres avec 35 gouttes à la partie interne et inférieure du bras ; chacune d'elles fut suivie d'une amélioration de plus en plus prononcée, tellement qu'après la cinquième la guérison fut complète. Depuis, les mouvements sont revenus complétement. l'atrophie a disparu, et la santé générale, avec l'aide de l'iodure de fer, du quinquina et d'un bon régime, s'est beaucoup améliorée. (*Bull. méd. de l'Aisne*, 1868, 1er trim.)

De l'emploi de l'acide phénique dans la pratique chirurgicale. Depuis que l'acide phénique, ou carbolique des Anglais, est devenu à la mode, on en use et l'on en abuse en lui attribuant des propriétés impossibles, car elles s'excluent réciproquement. Il accumule surtout ces propriétés merveilleuses entre les mains des Anglais, qui en sont engoués. Ils l'ont ainsi vanté tout récemment comme antipériodique contre les fièvres épidémiques mal caractérisées qui depuis trois ans déciment l'île Maurice, et qui paraissent tenir bien plus du typhus, de la fièvre pernicieuse et du *relapsing fever* que de l'intermittente simple D'autres en ont fait un antisyphilitique, ce qui va être un nouvel argument pour les très-rares négateurs de l'action spécifique du mercure Comment concilier deux propriétés si distinctes ? Mais il est à présumer qu'une analyse très-sévère des faits les réduirait tout simplement à son action antiseptique, la seule jusqu'ici qui soit à peu près incontestable.

C'est à ce titre que le professeur Lister (de Glasgow) l'a introduit en chirurgie et en a fait le préventif par excellence de la suppuration des plaies et de toutes les suites graves et dangereuses qui peuvent en être la conséquence. En le plaçant entre la plaie et l'air extérieur, qui, selon lui, provoque la suppuration par les germes organiques nombreux qu'il contient, il prétend éviter cette complication en les détruisant. De là son huile phéniquée dont il imbibe des linges qu'il place sur l'endroit des abcès, des tumeurs à ouvrir, et qu'il traverse avec l'instrument aussi préalablement trempé dans ce mélange. Il en recouvre également les plaies qu'il lave avec de l'eau phéniquée au vingtième et il en imbibe les fils à ligature. Enfin une espèce de diachylon phéniqué lui sert à recouvrir les plaies et à intercepter l'air extérieur.

Cette méthode fait beaucoup de bruit en Angleterre, autant pour elle que contre elle. On cite à l'appui quelques succès étonnants de la résection du poignet, d'extraction d'un corps étranger volumineux du genou et une fracture avec plaie et ouverture de l'articulation tibio-tarsienne. Mais ce sont là des exceptions que toutes les méthodes chirurgicales peuvent revendiquer. D'une manière plus générale, on dit qu'elle change les fractures compliquées en fractures simples par l'absence de suppuration, que les pansements n'exhalent pas d'odeur et ne contiennent pas de pus, que la réunion par première intention est la règle, et que depuis dix-huit mois on ne voit ainsi dans les salles de M. Lister ni érysipèle, ni infection purulente, ni pourriture d'hôpital. (*Journal de méd. et chir. prat.*, janvier.)

A entendre les fauteurs de cette méthode, elle serait antiseptique par excellence. Mais voici la réponse catégorique et péremptoire qui vient de leur être faite. Des rapports annuels de l'infirmerie même où M. Lister obtient de si brillants succès, il résulte que, de 1860 à 1862 inclusivement, c'est-à-dire avant l'emploi de la méthode, sur 126 amputations de cuisse, de jambe, de bras et de l'avant-bras, il y eut 41 décès, soit 1 : 3, tandis que sur 75 pratiquées en 1867 et 1868, c'est-à-dire depuis qu'elle est employée à profusion, la mortalité a été de 30, soit 1 : 2 1/2.

Les fractures compliquées donnent des résultats encore plus défavorables. Sur 114 cas traités dans la première période, il y a eu 26 décès ou 1 : 4 1/2 ; sur 59 survenus en 1868 et traitées par ce moyen il y a eu 20 décès, c'est-à-dire plus de 1 : 3. (*Med. Times*, mars.)

On ne peut mieux contredire la souveraine efficacité d'une méthode que d'opposer ainsi une statistique en règle à quelques exemples exceptionnels, des allégations vagues.

Tumeur cancéreuse guérie avec le suc gastrique. Une femme de cinquante-deux ans entra à l'hôpital de Lodi le 15 janvier 1868, dans le service de chirurgie du docteur Tansini, pour une tumeur de la région temporale gauche dont l'origine remonte à 1864. Dure et indolore au début, elle s'accrut, devint sensible et s'ulcéra en saignant au moindre choc ou attouchement au point de donner lieu à d'abondantes hémorrhagies.

A l'examen, cette femme est amaigrie et d'un aspect vieillot. Sa peau est ridée, terreuse, rugueuse. Reglée à vingt ans, elle cessa de l'être à quarante et fut sans cesse maladive et ménorrhéique. Sa tumeur, du volume d'un gros œuf de dinde, occupe toute la région temporale, ulcérée à sa face interne avec écoulement d'un ichor exhalant l'*odeur spécifique du cancer*. Son immobilité fait soupçonner la dégénérescence de l'os sous-jacent. De faciles et abondantes hémorrhagies obligent de recourir aux astringents de toute sorte pour les arrêter. Deux ganglions dégénérés, durs et gros comme une fève, s'observent au-devant de l'oreille correspondante et à l'angle maxillaire.

Après deux consultations des médecins et chirurgiens de l'hôpital sur l'opportunité de l'amputation, la crainte de rencontrer des adhérences avec le temporal et la dégénérescence des ganglions voisins, autant que l'éloignement de la malade pour cette opération, la firent repousser, et cette femme allait être congédiée lorsque le célèbre physiologiste Lussana, étant venu dans le service le 4 février, suggéra l'application du suc gastrique sur la plaie comme propre à digérer et absorber cette tumeur. Le conseil fut accepté, et M. Lussana fournit lui-même le suc gastrique provenant de la fistule stomacale d'un chien.

Une première application eut lieu le 12 février sur toute la surface ulcérée au moyen d'un pinceau doux. Une légère ardeur s'ensuivit, ainsi qu'une hémorrhagie qui nécessita l'application de charpie. Enlevé le lendemain, ce pansement n'avait opéré aucun changement sensible. Il fut renouvelé le 14 et le 16; mais le suc gastrique avait fusé en abondance, et il s'ensuivit aussitôt un vaste érysipèle fébrile qui suivit son cours ordinaire.

Le 21, la tumeur était réduite de moitié; le ganglion de l'oreille était disparu et celui de l'angle maxillaire abcédé. Néanmoins une quatrième application fut faite, et des phénomènes de gastricisme survinrent. L'abcès s'ouvrit le 24, et la tumeur continua à diminuer de jour en jour, tellement que le 1er mars, à la surprise de tous les témoins de cette expérience, elle était réduite à une plaie plane recouverte de granulations rosées, sans trace des deux glandes existant au-dessous. Des cautérisations régularisèrent la plaie, et le 19 mars la malade quitta l'hôpital parfaitement débarrassée de sa tumeur et dans un état général très-satisfaisant. (*Gaz. med. Lombarda*, 20 février.)

Sulfite de soude dans la syphilis. Le docteur S.-J. Radcliffe, de Washington, rapporte, dans le *Medical and surgical Reporter*, qu'il a employé les sulfites et les hyposulfites dans la syphilis, et que les résultats obtenus lui ont paru dignes d'être portés à la connaissance de ses confrères, afin de les engager à contrôler ses expériences. Il a d'abord administré ces médicaments dans les cas de syphilis secondaire ou tertiaire; mais plus récemment il a également prescrit les sulfites et les hyposulfites dans la syphilis primitive, après un court traitement mercuriel et avec un avantage marqué. Dans les cas de syphilis secondaire déjà ancienne, et dans ceux caractérisés par le passage de la deuxième à la troisième période, avec manifestations locales consécutives au chancre primitif, telles qu'ulcérations phagédéniques, affections de la bouche, du pharynx ou des cavités nasales, il a vu, sous l'influence de l'usage interne et externe de ces agents, les parties arriver plus vite et bien à une guérison solide, l'état cachectique disparaître, et par

suite les malades reprendre de bonne heure et gaieté et confiance; — dans la première période, les symptômes primitifs diminuer d'intensité, le chancre se cicatrisant, les éruptions cutanées se limitant comme étendue et comme durée. Il estime également que les ganglions lymphatiques se prennent moins fréquemment et arrivent plus rarement à suppurer. Dans aucun cas il n'a failli à obtenir quelque bénéfice.

Notre confrère donne la préférence au sulfite de soude, dont il fait prendre 1 à 2 drachmes par jour en trois ou quatre doses, pendant un temps indéfini ou jusqu'à ce qu'une modification favorable se manifeste et en prenant pour guide la marche de chaque cas particulier. Ordinairement dans l'espace de huit jours au plus il se produit quelque action, et alors l'administration du médicament doit être continuée. A l'extérieur, il emploie le sulfite sous forme de simple solution aqueuse ou dans un mélange d'eau ou de glycérine, soit en lotions, soit en gargarisme, quand il y a des ulcérations de la bouche ou de la gorge. Il va de soi d'ailleurs qu'il faut recourir en même temps à toute espèce de moyens propres à améliorer et à fortifier l'ensemble de la constitution. (*British med. Journ.*, 10 oct. 1868.)

L'eau de chaux dans la maladie de Bright. Kuehenmeister conseille d'employer comme diurétique l'eau de chaux dans la maladie de Bright, à cause de la propriété qu'elle a de dissoudre la protéine; c'est du moins dans le but de faire dissoudre les infiltrations protéiniformes des reins qu'il a administré, pendant une épidémie de scarlatine, soit une solution de chaux caustique, soit des sels solubles de chaux auxquels il suppose la même action thérapeutique.

Kuehenmeister commence par 3 à 6 grammes du médicament dans 120 grammes d'eau à prendre dans du lait et par cuillerée toutes les trois heures. Sous l'influence de cette médication, il vit la quantité des urines s'élever de 30 grammes à 120 le premier jour, à 180 grammes le second, à 300 le troisième, à 420 le quatrième, à 690 le cinquième, à 710 le sixième et à 1020 le septième.

Quelques légères hémorrhagies nécessitent quelquefois un temps d'arrêt dans la médication; mais la quantité de l'albumine diminue dans l'urine, pendant que paraît augmenter le nombre des cylindres fibrineux et épithéliaux.

Les succès de l'eau de chaux sont éclatants dans l'anasarque, mais moins brillants contre les hydropisies des cavités. (*Œster. Zeitschrift f. pr. Heilkunde*, 1868.)

Emploi du sodium contre les effets du mercure. On sait combien le maniement continu du mercure exerce une influence fâcheuse sur la santé des ouvriers qui s'occupent de l'étamage des glaces et des miroirs. D'après des observations récentes, ce métal serait moins nuisible par ses vapeurs que par sa poussière. Or une découverte de M. W. Crookes a permis de constater qu'on peut s'opposer à l'action des poussières de mercure en y ajoutant environ un demi pour 100 de sodium.

La dépense pour l'acquisition de ce sodium se trouve, assure-t-on, couverte par une moindre pulvérisation du mercure, et l'on ne peut que conseiller aux miroitiers et aux fabricants de glace d'essayer de travailler avec du mercure additionné de sodium, afin de constater la réalité de cette découverte. (*Le Technologiste, archives des progrès de l'industrie française*, déc. 1868.)

Du curare et de son emploi thérapeutique. M. du Cazal, dans sa thèse soutenue à Strasbourg, a étudié les propriétés toxiques et l'emploi thérapeutique du curare. En présence de ces maladies terribles, qui sont, comme la rage, au-dessus des ressources de l'art, ou qui le plus souvent résistent à ses efforts, comme le tétanos et l'épilepsie, la science a cherché des moyens parmi les substances les plus actives, même parmi les poisons d'origine inconnue préparés par les nations sauvages. Le curare, par son action particulière sur le système nerveux, dont il analyse les fonctions, détruisant la motilité pour laisser ses autres propriétés intactes, devait attirer l'attention et donner l'espoir d'un remède souverain contre des névroses caractérisées par le désordre du système excito-moteur.

Les expériences de MM. Voisin et Liouville ont ouvert la voie dans laquelle M. du Cazal est entré par un

travail remarquable qui résout diverses questions et qui devra être consulté par tous ceux qui tenteront encore d'expérimenter cette redoutable substance. Le résultat thérapeutique a été nul, comme le constate le président de la thèse, M. Hirtz; l'auteur n'enregistre point de succès dû à l'action du curare, et cependant ce travail a rendu un service à la science; il précise les procédés d'injection et les règles à suivre dans l'emploi de ce médicament; il indique les moyens d'éviter les accidents locaux et les difficultés de l'application; il établit pratiquement que la partie active du poison réside dans sa solution aqueuse. Le résultat négatif offre, à divers points de vue, un intérêt réel. Il montre que le curare n'est pas une ressource contre les maladies de longue durée; que cette substance, si elle a un avenir médical, doit être réservée pour les cas extrêmes où, comme dans la rage, le péril est actuel et la mort jusqu'ici inévitable.

Les essais thérapeutiques ont été faits sous la direction et dans le service de M. le professeur Hirtz sur des malades atteints d'épilepsie. Le curare a été employé exclusivement en injections hypodermiques au moyen de la seringue de Pravaz; les températures ont été prises, les urines ont été analysées chaque jour. Les doses ont été de 1 à 5 centigrammes, et exceptionnellement de 6 et de 7 centigrammes; l'apparition du glucose dans l'urine a donné la preuve de l'absorption du remède; quelques légers symptômes d'intoxication curarique, éblouissements, céphalalgie, vertiges, lassitude générale, ont paru, sans aucune lésion grave de l'appareil locomoteur. L'état pathologique pour lequel le moyen était expérimenté n'a pas été modifié; les attaques d'épilepsie n'ont été ni plus ni moins fréquentes. Le traitement était désagréable et pénible pour les malades, qui demandaient à y renoncer.

La conclusion de M. du Cazal est que le curare ne deviendra jamais un agent thérapeutique usuel. C'est une substance chère et que, même à un prix élevé, il n'est pas toujours possible de se procurer; fabriquée par des peuples divers, cette substance doit présenter une grande variété dans sa composition. Il faut employer, pour la méthode hypodermique, une solution filtrée qui se trouble facilement et qui doit être filtrée de nouveau tous les deux ou trois jours, sous peine de voir se former des abcès à chaque point d'injection. Le danger, d'ailleurs, est toujours là, et malgré les tâtonnements de la prudence, qui sait si on ne dépassera pas la limite qui sépare la dose tolérable de la dose mortelle. Mais si le curare n'est pas appelé à entrer dans la pratique usuelle pour un traitement à longue échéance, peut-être, dans les cas désespérés des névroses convulsives, cette substance rendra-t-elle des services.

Ce travail a atteint un but utile en mettant en évidence un fait négatif et en dissipant une illusion. Comme résultat acquis, il précise le mode d'administration du médicament et apprend à en diminuer les inconvénients, et montre sous quelle forme d'un emploi facile le curare conserve toute son activité. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Une nouvelle pince œsophagienne. MM. Robert et Collin présentent à l'Académie une nouvelle pince œsophagienne représentée fig. 1.

La moitié du bec placée à la partie concave reste fixe pendant les manœuvres pour faciliter la préhension, les plus grands mouvements écartent à peine les branches vers les anneaux.

Fig. 2. Nouvelles pinces pour extraire les corps étrangers de l'urèthre.

Ainsi que l'indique le dessin, les branches se déplacent à peine pour obtenir le plus grand écartement des mors, les manœuvres sont donc très-faciles à exécuter dans l'urèthre.

Cet instrument peut remplacer avantageusement la pince de Hunter.

MM. Robert et Collin font aussi sur ce modèle des pinces pour aller jusque dans la vessie.

Fig. 3. Nouvelle pince pour extraire les fausses membranes dans la trachéotomie.

Il est inutile de retirer les canules pour extraire les fausses membranes, la courbure de cette pince permet de la faire passer par les plus petites canules; son bec s'ouvre et saisit tou–

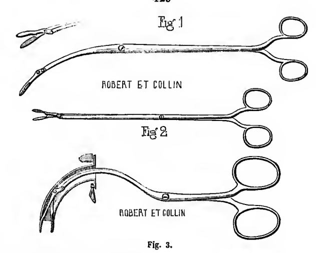
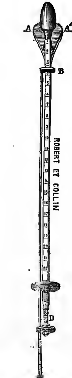


Fig. 3.



jours facilement les fausses membranes que l'on extrait en retirant la pince.

Cet instrument a déjà servi à plusieurs chirurgiens.

MM. Robert et Collin font remarquer que ces trois instruments sont construits d'après le mécanisme de la pince à polypes qu'ils ont faite dernièrement pour M. le docteur Cusco. (*Académie de médecine.*)

Rectotome. Dans la séance du 21 avril 1869, M. le docteur Tillaux, chirurgien à l'hôpital Saint-Antoine, présente un rectotome construit sur ses indications par MM. Robert et Collin.

A l'aide de cet instrument M. le docteur Tillaux se propose :

1° De mesurer exactement la longueur du rétrécissement à l'aide d'un curseur B que l'on fait glisser au moyen d'une tige graduée;

2° De pratiquer les incisions sur toute la longueur du rétrécissement sans jamais toucher aux parties saines; les lames AA étant émoussées à leur plus grand diamètre, comme l'uréthrotome de M. le docteur Maisonneuve;

3° De graduer et mesurer rigoureusement la profondeur des incisions au moyen d'une graduation placée sur la vis D qui se rattache aux lames et les faire porter rapidement sur plusieurs points de la circonférence du rétrécissement. (*Académie de médecine.*)

VARIÉTÉS

Ecoles de pharmacie. — Par décret en date du 21 avril 1869 :

Article 1er. — Trois concours seront ouverts, chaque année, le 15 juillet, dans chacune des trois Ecoles supérieures de pharmacie, savoir : 1° entre les élèves de première année ; 2° entre les élèves de deuxième année ; 3° entre les élèves de troisième année.

Art. 2. — Les épreuves des concours porteront sur l'ensemble des matières de l'enseignement pour chacune des années d'études correspondantes.

Le sujet des épreuves sera choisi par l'assemblée générale des professeurs de l'Ecole.

Art. 3. — Sont admis à concourir tous les élèves aspirants au grade de pharmacien de 1re classe ou de pharmacien de 2e classe, qui justifient des quatre inscriptions prises aux époques réglementaires, et de l'assiduité aux travaux pratiques obligatoires pour l'année à laquelle ils appartiennent ; cette condition est de rigueur.

Art. 4. — Il y aura, dans chaque Ecole, un prix de première année, un prix de deuxième année, un prix de troisième année. La nature et la valeur des prix seront déterminées par le ministre de l'instruction publique.

Les lauréats de première et de deuxième année seront dispensés des droits d'inscriptions et d'examens semestriels afférents à l'année scolaire suivante ; le lauréat de troisième année aura la dispense des droits des deux premiers examens de fin d'études et des certificats d'aptitude correspondants.

Un lauréat qui aurait obtenu successivement le prix de première, de deuxième et de troisième année, jouira de la gratuité complète des droits qui lui resteront à acquitter pour obtenir le diplôme de pharmacien de 1re classe.

Art. 5. — Il pourra être établi par le ministre de l'instruction publique, dans chaque Ecole, lorsque le nombre des élèves justifiera cette mesure, un second prix pour chacune des trois années d'études.

Les élèves qui obtiendront ces prix n'auront pas droit à la gratuité attribuée aux lauréats des prix institués par l'article 4 du présent décret.

Art. 6. — La liste des lauréats sera soumise, à l'expiration de l'année scolaire, au ministre de l'instruction publique. Les prix seront proclamés et décerués dans la séance solennelle de rentrée.

Art. 7. — Notre ministre secrétaire d'Etat au département de l'instruction publique est chargé de l'exécution du présent décret, qui aura son effet à dater de la présente année scolaire.

Par arrêté en date du même jour :

La nature et la valeur des prix dans les trois Ecoles supérieures de pharmacie sont réglées comme il suit :

Prix de troisième année, une médaille d'or de 300 francs ;

Prix de deuxième année, une médaille d'argent et 75 francs de livres ;

Prix de première année, une médaille d'argent et 30 francs de livres.

Institution d'un second prix à l'Ecole de pharmacie de Paris. — Art. 1er. Il est institué, à l'École supérieure de pharmacie de Paris, un second prix pour chacune des trois années d'études.

Art. 2. Chacun de ces prix consistera en une médaille de bronze et 25 francs de livres.

Par décret en date du 6 mai 1869, M. le docteur Claude Bernard, membre de l'Institut, a été nommé sénateur.

Faculté de médecine de Paris. — M. Grimaux, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de chimie pendant l'année classique 1868-1869.

M. Hardy, licencié ès sciences, docteur en médecine, est nommé préparateur du cours de pharmacologie, en remplacement de M. Delacalle, dont la démission est acceptée.

M. le docteur Padieu, professeur d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, est nommé directeur de ladite Ecole, en remplacement de M. Tavernier, démissionnaire.

M. le docteur Lempereur est nommé bibliothécaire adjoint de l'Académie de médecine, en remplacement du docteur Guardia.

Les médecins des hôpitaux de Paris viennent de présenter M. le docteur Moissenet, médecin de l'Hôtel-Dieu, pour faire partie du conseil de surveillance de l'Assistance publique.

Les inspections médicales de l'armée seront faites cette année par : 1er arrondissement, M. Michel Lévy, médecin inspecteur; — 2e, baron Larrey, président du conseil de santé; — 3e, M. Cazalas, membre du conseil; — 4e, M. Laveran, membre du conseil; — 6e, M. Colman, médecin inspecteur; — 7e, M. Périer, médecin inspecteur; — 8e, M. Vital, médecin en chef de la division de Constantine.

La *Société de législation comparée*, sous la présidence de M. Laboulaye, professeur au collége de France, vient de mettre à son ordre du jour la question des aliénés et l'examen comparatif de toutes les législations étrangères relatives à l'assistance des fous. Elle a nommé une commission chargée de préparer tous les éléments de la discussion générale. Cette commission est composée de MM. Alexandre, conseiller à la Cour impériale, *président*; Ernest Bertrand, conseiller à la Cour impériale; Diard, avocat au Conseil d'État et à la Cour de cassation; les docteurs Legrand du Saulle, Lunier et Brierre de Boismont; d'Haussonville, Ribot et Hendlé, avocats à la cour impériale, et Tauon, rédacteur au ministère de la justice, *secrétaire*. Cette commission a immédiatement commencé ses travaux.

Le comité médical des Bouches-du-Rhône, reconnu par décret impérial comme établissement d'utilité publique, décernera dans sa séance générale d'avril 1870 :

1° Une médaille d'or à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante :

Des bains de mer de l'Océan et de la Méditerranée, au double point de vue de la balnéation et du climat.

2° Une médaille d'or à l'auteur du meilleur mémoire sur ce sujet :

Des maladies du sternum chez les vieillards.

3° Une médaille d'or pour le travail le plus complet sur cette question :

De l'analyse végétale. Les candidats choisiront au moins trois végétaux qui jouent un rôle important en thérapeutique, et donneront la description des *nouveaux procédés analytiques simples et sûrs qu'ils auront employés.*

Les mémoires, écrits en français, devront être parvenus au siége du comité médical à Marseille, rue de l'Arbre, 25, avant le 1er mars 1870, terme de rigueur.

Les auteurs qui se feraient connaître seront exclus du concours.

La douzième séance annuelle de la Société de secours des amis des sciences a eu lieu le jeudi 29 avril, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence de M. le maréchal Vaillant, membre de l'Institut. M. Félix Boudet, secrétaire de la Société, a rendu compte de la gestion du conseil d'administration, pendant l'exercice 1868. M. Lissajous a lu ensuite une notice historique sur la vie et les travaux de M. Léon Foucault, membre de l'Institut. La séance a été terminée par une conférence sur les mouvements vibratoires des veines fluides, par M. Maurat.

La conférence internationale pour les blessés en temps de guerre a tenu le 24 avril une courte séance. Elle a reçu communication d'un rapport sur les actes de dévouement accomplis et d'une proposition de M. Langenbeck, aux termes de laquelle les gouvernements neutres doivent être invités à mettre, en temps de guerre, un certain nombre de médecins militaires à la disposition des Etats belligérants.

Nécrologie. — Nous apprenons avec affliction la mort prématurée de notre honorable confrère, M. le docteur Babut, secrétaire de la Société locale des médecins du Puy-de-Dôme, décédé à Clermont à la suite d'une maladie du cœur.

Pour les articles non signés : F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Des causes et du traitement de l'obésité (1);

Par le docteur SCHINDLER, ancien chirurgien de l'hôpital de Pesth, membre titulaire de la Société d'hydrologie.

Si les causes de l'obésité sont encore enveloppées d'épaisses ténèbres, cela tient à l'absence de descriptions fidèles de cette maladie et des conditions qui la produisent, et à l'habitude de considérer les personnes qui en sont affectées comme une curiosité d'histoire naturelle, dont on étudie simplement le poids et les dimensions.

Iäger, dans ces derniers temps, rassemblant les cas jusqu'ici publiés de l'état adipeux chez les enfants, a voulu établir des lois générales; il a trouvé, par exemple, que les cheveux blonds et les yeux bleus caractérisaient assez ordinairement les constitutions adipeuses, constitutions plus rares chez les personnes brunes. Bien qu'elles méritent attention, ces recherches éclairent très-peu les causes spéciales de l'obésité.

Pour découvrir ces causes, il est nécessaire de se rattacher au point de vue pratique. L'embonpoint est favorisé par les constitutions torpides, lymphatiques; il est de tout âge et de tout sexe, cependant il survient de préférence chez les femmes à l'époque de la ménopause, chez les hommes à l'âge mûr. Le confort, le bien-être, la richesse, la vie claustrale, l'habitation des lieux froids et humides, des climats chauds comme l'Egypte, où l'on se livre trop à certains plaisirs, où l'on prend trop de bains chauds et de mets recherchés; un long sommeil dans un lit mou, un séjour constant au sein d'une atmosphère imprégnée d'émanations nourrissantes, l'usage habituel d'eau chaude et de boissons sucrées, de bière et autres liquides mucilagineux, de plats succulents, d'aliments sucrés et amylacés (ce dernier point sera développé plus tard), tel est l'ensemble des causes les mieux connues.

Je ne suis point de l'avis de Gräfe, qui tient pour cause prochaine de la corpulence le produit d'une hydrogénation trop active, due chez ses malades à l'usage immodéré de la viande et au séjour dans un air chargé d'émanations animales. Gräfe invoque la prédo-

(1) Traduit de l'allemand par le docteur Labat, membre titulaire de la Société d'hydrologie.

minance de la cavité abdominale sur le thorax, expliquant par là l'appétit immodéré, la digestion prompte et facile, la petitesse et la lenteur du pouls, les battements du cœur, la courte haleine, l'oppression, enfin l'ensemble de toutes les incommodités réveillées chez ses malades par les moindres mouvements.

J'adhère de préférence à la théorie du professeur Vogel, de Halle. Il prétend que les causes et l'origine de la corpulence ne sauraient être saisies qu'en connaissant les principes fondamentaux de la nutrition du corps, en même temps que l'influence due aux parties constituantes de l'aliment; alors on déterminera aisément les conditions de cette production graisseuse surabondante. En tête de ces conditions se place la métamorphose organique, ce changement chimique incessant des molécules intégrantes du corps.

Les actions chimiques de cette métamorphose, quoique multiples et complexes, peuvent être, jusqu'à un certain point, comparées à ce qui se passe dans la combustion du bois : des deux parts, l'oxygène joue le rôle principal; il s'unit aux molécules du bois comme à celles du corps, et en modifie la constitution chimique. Les produits principaux engendrés par la métamorphose organique comme par la combustion sont l'acide carbonique et la vapeur d'eau. D'un côté comme de l'autre, il se développe de la chaleur; seulement la métamorphose organique donne lieu à des combustions sourdes et sans flamme. La comparaison peut être poussée plus loin sous un autre rapport qui fait comprendre plus clairement certains phénomènes vitaux : par la combustion se développe la force, comme dans une machine à vapeur; le corps, aussi bien que la machine, subit une usure continuelle qui diminue la force et qui arrêterait complétement le mouvement, si l'on n'avait soin d'y pourvoir. Quoi qu'il en soit, le mode de réparation établit, entre la machine même la plus parfaite et le corps humain, une différence très-importante; dans une machine à vapeur, le combustible sert exclusivement au développement de la puissance et non à la réparation de l'usure; dans le corps humain, au contraire, la nourriture fournit, outre les matériaux de la puissance, ceux encore nécessaires à la reconstitution incessante de toutes les parties qu'il a usées par son activité.

L'alimentation remplit deux buts entièrement distincts : l'entretien de la force physique et intellectuelle et la formation de molécules organiques, soit qu'elles servent à la réparation, soit qu'elles s'ajoutent aux anciennes, par une création nouvelle, pour l'accrois-

sement ou pour l'augmentation du poids. Nous désignerons cette double formation moléculaire sous le nom de *nutrition du corps*. Combien faut-il de nourriture pour la production de la force, combien pour la nutrition, cela dépend des circonstances, et n'est pas toujours fixe.

Chez les adultes, un accroissement notable, une grande augmentation de poids ne sont pas dus, comme chez les enfants, à une crue régulière de la chair, des os et des viscères, mais surtout à l'accumulation de la graisse. Ainsi accumulée, elle peut fournir matière au développement de la force et de l'activité, aussi bien que la graisse apportée du dehors par les aliments; pour qu'il en soit ainsi, il faut que la métamorphose la détruise, c'est-à-dire la fasse disparaître en la brûlant. Si par une des causes mentionnées plus haut, telles que défaut d'activité, de mouvement, d'oxygénation, ou bien une vie molle, un sommeil prolongé, cette graisse n'est point consommée, elle s'amasse dans le corps en proportion considérable. Il est difficile d'évaluer la quantité réellement nécessaire à l'organisme. La plupart des physiologistes l'estiment le vingtième du poids du corps chez l'adulte. Que de gens en ont de moins ou de trop, si l'on prend cette moyenne!

D'après Chevreul, la graisse humaine secompose : de carbone, 79; hydrogène, 11.416; oxygène, 9.584. La génération de cette substance ne peut être due qu'à l'introduction des aliments. Si l'on connaît la composition chimique de ces derniers, on peut aisément distinguer la matière qui contribue à cette formation graisseuse. Mais, d'une autre part, l'oxygène de l'air que nous absorbons, s'unissant à une forte proportion de carbone pour être chassé des poumons sous forme d'acide carbonique, il se trouve que l'air inspiré a une grande influence sur l'état graisseux; plus il renferme d'oxygène, plus il y a de carbone éliminé par l'expiration, et moins il reste de cet élément capital de la graisse. Les habitants des montagnes et des grandes plaines respirent un air riche en oxygène qui entraîne beaucoup de carbone, et les empêche de grossir comme les habitants des basses terres, des vallées humides où l'air renferme peu d'oxygène et tout au contraire des gaz et des miasmes préjudiciables à la santé. Les moines et les religieuses dans leurs cloîtres, en dépit d'une nourriture frugale, deviennent gros et gras, parce que l'air inspiré contient peu d'oxygène, que le carbone est faiblement entraîné et que son excès est employé à former la graisse.

Ainsi on explique pourquoi les animaux sauvages, vivant dans

une agitation continuelle, ne sont pas gras ; plus leurs mouvements sont actifs, plus souvent se renouvelle l'acte respiratoire, plus il y a d'oxygène introduit pour consommer le carbone.

Tous ces faits sont parfaitement d'accord avec la théorie de Liebig. Pour lui, la surabondance du tissu adipeux dans l'organisme animal et son accumulation consécutive dépendent d'un désaccord entre la respiration et le *procès* nutritif. Lorsqu'on vient à charger l'organisme de plus d'aliments albumineux et amylacés qu'il n'est nécessaire au *procès* vital, les premiers se condensent sous forme de chair et de tissu cellulaire, tandis que les derniers se transforment en graisse qui s'amasse dans les diverses régions. Cela tient à une insuffisance d'oxygène : car la graisse en excès devrait être brûlée par l'oxygène inspiré, s'il y en avait assez ; c'est parce que l'oxygène manque qu'elle s'accumule ainsi. C'est encore la cause de sa prédominance chez les gros mangeurs et les grands buveurs d'eau-de-vie ; chez ces derniers l'oxygène introduit, en présence de la quantité d'alcool, ne suffit plus à brûler le carbone.

Sur ce principe repose ma *cure de réduction*, comme je vais le démontrer.

CURE DE L'OBÉSITÉ.

Cette cure est fondée sur les travaux les plus récents en chimie et en physiologie, spécialement sur ceux qui ont trait aux aliments : J. de Liebig, Moleschott, Mulder, Lehmann, Zengerle, Seegen et autres en sont les auteurs. Les résultats de ces travaux ayant été précédemment établis, je procède à l'exposition de ma méthode. Elle répond aux indications suivantes : agir contre la pléthore graisseuse aussi bien dans tout le corps que dans tous les organes internes en particulier ; diminuer l'accumulation de la graisse et réduire la corpulence à sa mesure normale ; bref, rétablir l'équilibre troublé. Ces indications sont remplies par ma *cure de réduction*, que je divise en quatre sections :

1° La diète ;

2° L'hygiène ;

3° L'exercice et la gymnastique ;

4° L'administration des diverses sources de Marienbad, le choix qu'il faut en faire, la dose et les convenances relatives aux individualités.

1° Diète. — La diète joue dans le traitement le premier rôle ; elle est l'agent principal du succès. Les médecins anciens et les

physiologistes modernes, dans leurs incessantes recherches, lui ont accordé la plus grande attention.

Il y a très-peu de temps, le professeur Seegen, dans une conférence publique tenue à Vienne ayant trait à ses recherches exactes sur la nutrition, s'est prononcé dans ce sens, et ses idées, ainsi développées, concordent si complétement avec celles qui m'ont inspiré ma cure de réduction, que je ne puis m'empêcher de lui emprunter un passage; il appelle l'obésité un trouble de l'économie en vertu duquel le carbone absorbé s'accumule sous forme de graisse. Ce fait me fut révélé dès que je me livrai à l'étude de cette maladie et de sa thérapeutique, il a servi de base à l'œuvre que j'ai entreprise.

Il faut donc, pour rétablir l'équilibre, arrêter l'introduction du carbone ou bien en provoquer la transformation. La méthode de *Banting* n'avait en vue que la première partie du problème ; elle s'appuyait sur les démonstrations de Liebig, à savoir, qu'une certaine classe d'aliments pouvant seuls produire la graisse, corps gras et carbures d'hydrogène (amidon, sucres), il est nécessaire de les défendre. Nul doute que ces corps, où domine le carbone, ne doivent être interdits avant tout, dès qu'il s'agit de diminuer l'introduction de cet élément. Mais vainement, à l'imitation de quelques partisans de Banting, exclurait-on la moindre parcelle de pain ou de pomme de terre, si l'on mangeait de grandes quantités de viandes. On sait que 4 livres de viande contiennent autant de carbone que 1 livre de riz. La modération dans la quantité de viande absorbée est une condition principale de succès pour la *cure Banting ;* ce n'est qu'en mangeant peu de viande et en introduisant peu de carbone sous une autre forme, que l'on réduit le corps à vivre sur son acquis, et par conséquent à maigrir. Une seconde condition de succès pour cette même cure est l'introduction plus considérable de l'oxygène. Les expériences sur la fonction respiratoire ont appris que l'homme travaillant consomme moitié plus d'oxygène qu'au repos, et que ce surcroît sert à la formation de l'acide carbonique. Le travail est le meilleur moyen d'accélérer la combustion et de chasser le carbone ; diminuer la quantité de carbone introduite et l'expulser par le travail, c'est tendre au rétablissement de l'équilibre troublé.

La diète à prescrire dans la *cure de réduction* consiste, comme on le prévoit, principalement en aliments azotés ; seulement, dans le but de rafraîchir les organes et de modérer l'excitation due à la nourriture animale, on y mêlera des végétaux sans fécule et quel-

ques fruits cuits. Cette diète veut aussi que l'on distingue ce qui convient aux individus sanguins et aux lymphatiques. La séparation du *régime blanc* et du *régime rouge* est de grande importance. Le dernier convient mieux aux individus phlegmatiques et consiste en aliments solides d'origine animale, protéiques, tels que la chair, le foie, les reins des animaux domestiques ou sauvages. Parmi les mammifères : bœuf, mouton, cerf, chevreuil, lièvre ; parmi les oiseaux : faisan, perdreau, gelinotte, coq de bruyère, pigeon ramier, bécasse, caille, alouette, etc. Ils contiennent beaucoup de matière alimentaire, font un sang plastique, développent de la chaleur, fortifient les nerfs, les muscles et les os. Le régime blanc va mieux aux personnes sanguines et aux tempéraments cholériques. Il comprend les substances plus aqueuses, albumineuses, gélatineuses et aussi quelques principes extractifs ; animaux à sang chaud, jeunes et domestiques, animaux à sang froid, par exemple, les jeunes mammifères : veau, chevreau, quelques oiseaux, poules, jeunes pigeons ; parmi les animaux à sang froid : grenouilles, poissons (à l'exception de ceux trop nourrissants, tels que l'anguille, le saumon), moules, huîtres, escargots.

On ne permet que les légumes qui ne renferment pas de sucre : salade, épinards, potirons et quelques espèces de choux. Pour les fruits : raisins, fraises, framboises, merises, groseilles, mûres, cerises, pommes, pêches. Les vins, surtout ceux d'Autriche, du Rhin, de Bordeaux, de Xérès, de Madère, sont à recommander. La bière est défendue toujours, ainsi que le porto ; le café noir et le thé sont permis avec aussi peu de sucre que possible ; grog et cognac modérément. On défend strictement : sucre, beurre, fromage, pommes de terre, plats doux, pâtes, glaces, riz, liqueurs, haricots secs, poix, lentilles, maïs, polenta, salep, sagou, macaroni, tapioka, arow-root et potages chauds.

2° Hygiène. — *La propreté est la mère de la santé.* En vertu de cette maxime, et pour activer la transpiration sensible et insensible de la peau, fonction dont l'énergie concourt à la diminution de la graisse, j'ordonne des bains froids, jamais chauds ; j'ai recours, suivant les cas, aux bains de vapeur simples ou additionnés de pointes de pin, aux frictions avec le vinaigre de pin, à la brosse, à la verge, enfin au massage.

Un sommeil prolongé, surtout dans un lit mou, favorisant l'embonpoint, je prescris six à sept heures de repos dans une chambre vaste et bien aérée, et j'interdis la sieste. Que les vêtements soient

en raison des conditions atmosphériques, jamais trop chauds, surtout pas trop étroits, ce qui gênerait la liberté des mouvements et le jeu des organes essentiels. Quant aux actes sexuels, il ne faut point y renoncer durant la cure, il ne faut pas non plus en faire abus ; je rappelle seulement que la privation du coït favorise l'obésité : c'est ainsi que les eunuques et les femmes chez lesquelles les fonctions de la génération sont supprimées deviennent généralement obèses.

Que l'on occupe son esprit et son corps par des lectures attrayantes et des promenades dans les montagnes. Chez les montagnards l'embonpoint est chose rare, les Arabes avec leur vie nomade ne deviennent pas gras ; tandis que la vie sédentaire, même entremêlée d'exercices passifs (promenades en voiture, en bateau), favorise la pléthore graisseuse. Avant tout, l'air pur et libre ; plus on respire d'oxygène, plus on combat efficacement cette fâcheuse tendance.

Je regarde comme très-important pour les gens replets de porter une ceinture abdominale qui fournit un point d'appui aux parois distendues, favorise la résorption en les comprimant et permet à la peau du ventre de recouvrer son élasticité perdue. Combien de femmes dont les parois s'étaient relâchées à la suite de plusieurs couches, qui conservent un gros ventre pour avoir négligé de porter une ceinture. Cette ceinture doit être en caoutchouc, et il faut la garder au moins une année.

3° Gymnastique, exercice. — L'exercice est un auxiliaire puissant de la cure, dans un air très-oxygéné, comme à Marienbad, dont la position est si pittoresque, les bois de sapins si magnifiques et les environs si délicieux. La marche à pied ne suffit pas ; il faut, pour exercer tous les muscles, monter à cheval, sauter, danser, courir, jouer au billard, faire des armes, nager, chasser, faire de la gymnastique. Ne voit-on pas les jockeys perdre en une semaine 15 à 20 livres de leur poids ?

Depuis un certain nombre d'années, la gymnastique a été remise en honneur dans les grandes villes de France, et introduite dans les principaux colléges et maisons d'éducation à l'usage des deux sexes. Il existe des gymnases dans plusieurs villes d'eaux, et pour les soldats des garnisons. Aussi la France est-elle un des pays tempérés où l'on rencontre peut-être le moins de personnes obèses, et tout le monde connaît l'agilité des soldats français.

4° Administration des eaux de Marienbad. — Des recherches de Seegen et autres auteurs et de l'expérience en général, il résulte

que l'introduction du *sulfate de soude* dans l'économie modère la transformation des matériaux azotés, tandis qu'elle active l'oxydation de la graisse. En l'état actuel de la science, il ne paraît pas y avoir de remède plus rationnel contre l'*embonpoint* que la cure des *eaux sulfatées sodiques*, jointe à la *diète spéciale*.

A ce point de vue, les eaux de Marienbad, si riches en *sulfate de soude*, présentent une composition chimique des plus heureuses. Nos deux sources principales, le *Kreuzbrunnen* et le *Ferdinandsbrunnen*, renferment, à part une quantité assez notable de sel marin et de carbonates, du sel de Glauber à titre d'élément prédominant; je ne connais pas d'autre source acidule qui puisse leur être comparée sous ce rapport. Le Kreuzbrunnen contient 38 grains de sel de Glauber par livre de 16 onces, c'est-à-dire 20 grains de plus que les sources de Carlsbad. Le Ferdinandsbrunnen est plus riche en sels, surtout en carbonate d'oxydule de fer, et encore en acide carbonique libre, circonstance qui impose plus de réserve au médecin dans son administration.

L'eau de ces deux sources est claire et limpide, d'un goût agréablement piquant, puis un peu salé; tout le monde la boit volontiers. Ces eaux sont à la fois excitantes et *toniques résolutives* par excellence; elles augmentent les sécrétions de l'estomac, du foie et des intestins (ce qui rend les matières fécales moins consistantes), ne provoquent point de coliques, n'affaiblissent nullement le ton des organes digestifs; si l'on y joint l'accélération de la métamorphose organique, on comprendra aisément qu'elles exercent une influence favorable sur la nutrition générale du corps et sur celle des organes isolément. L'activité des sécrétions et des excrétions physiologiques du canal digestif entraîne une perte abondante de matériaux; la nutrition du corps perd ainsi en quantité, mais elle gagne en qualité, grâce à l'heureuse direction de la transformation organique.

Cela posé, on comprend l'action sérieuse d'une cure de quatre à six semaines à Marienbad, et l'on s'explique sans peine la diminution de volume et de poids qu'elle produit chez les gens affectés d'obésité. Chaque année, un nombre assez considérable de baigneurs y laissent une partie de la graisse qu'ils avaient de trop, et diminuent de poids par la seule vertu de l'eau prise en boisson. N'est-il pas permis d'espérer davantage d'une méthode thérapeutique scientifiquement établie, et combinée avec l'emploi de ces mêmes sources? Une semblable cure, je ne saurais trop le dire, ne doit être entre-

prise que sous une direction médicale, si l'on ne veut s'exposer à des suites fâcheuses, ou du moins à un insuccès.

Boire sans mesure d'une ou de plusieurs sources n'est pas le véritable chemin de la réussite, pas plus que se purger sans mesure, préjugé cependant fort répandu parmi les gens obèses, et contre lequel je ne cesse de m'élever : l'expérience m'a appris qu'en faisant boire de petites quantités de Kreuzbrunnen ou de Ferdinandsbrunnen, si je n'obtiens pas toujours de fortes évacuations, j'arrive néanmoins à une diminution plus marquée de la masse adipeuse. J'ai vu à plusieurs reprises, dans une cure de réduction de six semaines, se fondre de cette façon 50 à 60 livres, sans aucun préjudice à la santé.

Quand il s'agit de femmes grasses, qui sont assez fréquemment anémiques, je ne conseille pas une purgation énergique, parce qu'elle n'entraîne qu'une diminution momentanée de la graisse, sans aucun résultat permanent, et détermine facilement la tendance à l'état hydropique. Il est bon, dans les cas d'anémie, de prescrire les sources ferrugineuses de Marienbad, le Carolinen et de l'Ambrosius, alternativement avec le Kreuzbrunnen.

Je dois rappeler qu'il est nécessaire de favoriser la cure par un agent pharmaceutique, quand l'embonpoint se complique d'autres affections, ou bien quand l'accumulation de la graisse est par trop considérable et demande une résolution plus active. L'usage interne de l'iode, de la digitale, de la scille, du savon, ont concouru quelquefois vers ce but avec assez de succès. J'emploie depuis longtemps des pilules dont je fais prendre 3 à 5, matin et soir, pilules à base alcaline, s'unissant à la graisse de l'économie, et formant un savon qui par sa solubilité est facilement expulsé ; je les appelle *pilules de réduction*. Elles paraissent faciles à prendre aux malades, ne leur inspirent aucun dégoût, et ne leur causent aucun préjudice. Elles sont particulièrement utiles contre la stérilité provenant de l'embonpoint ; les femmes perdant leur graisse, conçoivent plus aisément et mettent au monde avec moins d'effort et de danger ; je pourrais m'appuyer ici sur de nombreuses preuves.

Que de ressources variées nous offre la station de Marienbad ! Sa situation (1 912 pieds au-dessus du niveau de la mer) dans une vallée pittoresque dont les sommets environnants sont ombragés de bois de pins qui les couronnent ; l'avantage d'un climat assez frais (température moyenne 6 degrés Réaumur), d'un air toujours pur et léger, riche en ozone et en oxygène qui restaure et vivifie l'orga-

nisme; les longues courses à pied, favorisées par les belles promenades tracées dans la montagne; le soin avec lequel certains hôtels ont organisé, pour les malades dont il s'agit, un régime de réduction; le plaisir de vivre ensemble et de se communiquer ses impressions, les rapports journaliers entre les malades et leur médecin, l'exactitude et la rigueur de l'examen médical, etc. J'ai déjà parlé des moyens curatifs : les deux sources principales, le Kreuzbrünnen et le Ferdinandsbrunnen, ces deux agents antigraisseux par excellence; les sources ferrugineuses du Carolinen et de l'Ambrosius, après elles la Waldquelle et la Rudolphsquelle, enfin les bains ferrugineux, les bains de boue, de vapeur et de pointes de pin. Toutes ces conditions réunies me permettent d'attribuer sérieusement à Marienbad la spécialité du traitement de l'embonpoint, et de conseiller, même de recommander à ceux qui en sont affectés, la *cure de réduction*.

Il est évident qu'à domicile, l'entraînement des affaires et des relations sociales, ou bien la façon de vivre, la difficulté d'une cuisine à part, empêchent les malades d'observer un régime convenable; les dames surtout se résoudraient difficilement à sacrifier leurs petites habitudes de goûters et de friandises, tandis qu'ici elles se mettent facilement au régime et, après la cure, renoncent plus aisément aux coutumes prises. D'un autre côté, les eaux minérales sont plus agréables sur place; la vie régulière, calme, exempte de soucis et d'infractions à la règle, l'exemple encourageant des compagnons de souffrance qu'on y rencontre, constituent un ensemble de circonstances bien plus propre à se délivrer d'un mal incommode et dangereux (1).

APPENDICE.

Par le docteur LABAT.

Les eaux d'Allemagne, où l'on traite l'obésité, sont des eaux à base sodique.

1° *Sulfatées sodiques :* Marienbad, Carlsbad.

Les eaux de Franzensbad sont également sulfatées sodiques, mais

(1) Quelques personnes pourraient désirer savoir jusqu'à quel point le poids de leur corps se rapproche ou s'éloigne de la limite commune. Le poids normal de l'homme a été évalué par le professeur Vogel, de Halle, en prenant la moyenne d'un grand nombre de pesées; cette moyenne, résultat d'expériences faites sur 3000 personnes de quinze à quarante ans, se monte à 134 livres (poids du Zollvereiu). Après quarante ans le poids moyen augmente.

on y fait une cure tonique et l'on n'y rencontre des gens obèses qu'exceptionnellement.

Des recherches du professeur Seegen, il résulte que le sulfate de soude est l'agent qui favorise le mieux l'oxydation de la graisse.

2° *Chlorurées sodiques :* Kissingen, Hombourg, Manheim et Kreuznach.

3° *Eaux bromo-sodurées.* Saxon : Le docteur Clevas a observé un amaigrissement rapide.

4° *Eaux bicarbonatées sodiques.* Ces eaux n'étant point purgatives produisent un amaigrissement moins rapide.

Le régime est moins rigoureux.

Il est probable que les eaux à base de soude agissent en alcalinisant les liquides de l'économie, condition qui favorise l'oxydation des matières hydro-carbonées, suivant la théorie de Mialhe (*Traité de chimie appliquée*, p. 16).

Il faut tenir grand compte du régime. Le régime que l'on suit dans toutes les cures aux eaux d'Allemagne se rapproche de celui que le docteur Schindler prescrit pour la cure de réduction.

La rigueur de ce régime explique pourquoi les eaux allemandes agissent plus complétement contre l'embonpoint que leurs congénères en France.

L'amaigrissement se produit aussi par les cures de raisins et de petit-lait, où l'on suit le même régime.

En consultant les divers ouvrages publiés sur les eaux françaises, je ne vois pas de résultats aussi nets que ceux obtenus dans les eaux allemandes ; cela tient : 1° à la minéralisation plus marquée de ces dernières ; 2° au régime plus rigoureux suivi pendant la cure.

Cependant nous pouvons signaler en France, comme favorables à la diminution de l'embonpoint :

1° Parmi les eaux chlorurées sodiques : Salins, Balaruc, Uriage, etc. ; ces eaux sont purgatives ;

2° Nous ne possédons que très-peu d'eaux sulfatées sodiques, et ce sont justement celles qui agissent plus énergiquement contre l'obésité, par exemple Miers, dont on fait usage à titre d'eau transportée ;

3° Nous avons des eaux bicarbonatées sodiques très-puissantes. Elles sont moins purgatives et moins altérantes que celles des deux groupes précédents.

Néanmoins une cure de quelques semaines par les eaux de Vichy, de Vals, etc., produit un peu d'amaigrissement même sans purga-

tion, pourvu que le régime alimentaire ne soit pas trop abondant. Or c'est là ce qui arrive dans les tables d'hôte de Vichy, comme l'a fait remarquer M. Mialhe.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Des injections d'eau chaude dans le traitement des inflammations utérines et de la dysménorrhée;

Par le docteur A. Després, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

Les injections d'eau à la température ordinaire, les douches froides, les douches d'eaux minérales à une température voisine du froid ont été préconisées dans le traitement des inflammations utérines chroniques et même aiguës. Les injections froides ont été recommandées dans la dysménorrhée. L'emploi du froid dans ces conditions était une application d'une méthode plus générale de traitement très en usage aujourd'hui, l'hydrothérapie. Depuis que je fais le service de l'hôpital de Lourcine, j'ai pu examiner les effets des injections vaginales froides dans toutes les maladies utérines, et je n'ai pas hésité à substituer la chaleur au froid, que je crois inutile ou mauvais lorsqu'il existe une inflammation utérine.

L'hôpital possède un système d'injections invariable. Un réservoir rempli d'eau dans laquelle on mêle de l'alun communique, par un tuyau qui se rend dans la salle à injection, avec un robinet fixe. Les malades placent leur canule sur le robinet et se donnent une injection. Cela constitue on le voit un système d'injections toujours froides.

J'ai remarqué qu'à certains moments, les malades, qui malgré le froid, n'interrompaient point les injections quotidiennes, avaient des écoulements utérins, des métrites subites ou même des pelvi-péritonites. Trois ou quatre malades étaient prises à la fois. Chez celles qui avaient un écoulement utérin amélioré, on le voyait reparaître avec des douleurs utérines nouvelles. J'avais bien soin pour toutes ces malades de m'informer si elles allaient aux injections, et si ce n'était pas au moment de leurs règles qu'il était survenu quelques douleurs, ce qui est assez fréquent lorsque les malades prennent froid. Frappé de ces faits, j'ai fait substituer

les injections d'eau chaude aux injections froides pour les malades atteintes d'inflammation utérine et je n'ai point observé de ces rechutes.

L'eau froide a pour propriété de causer une anémie des tissus, de faire contracter les vaisseaux capillaires ; après que ce phénomène a eu lieu, les vaisseaux se dilatent, le sang circule en abondance dans ces canaux, il y a congestion et c'est ce qu'on appelle la *réaction*. A l'anémie ainsi provoquée correspond une sensation douloureuse, et une sensation de chaleur remplace ensuite l'impression douloureuse. En thérapeutique que cherche-t-on lorsque l'on emploie le froid ? est-ce l'impression douloureuse ou la réaction ? Pour les maladies utérines en particulier ce ne peut être que la réaction. L'anémie *a frigore* est trop passagère pour que l'on compte sur son action, mais il faudrait aussi tenir compte de la réaction qui suit. Si on recherche la réaction, c'est-à-dire la congestion, pourquoi faire passer préalablement l'utérus par un refroidissement quand avec un autre agent on peut obtenir d'emblée la congestion ? Dans la dysménorrhée, c'est la congestion que l'on cherche à obtenir et on l'obtient en employant l'eau froide. Mais on refroidit l'utérus, ce qui est une cause d'inflammation utérine admise par tous les physiologistes, et qui peut être aussi l'origine d'un nouvel arrêt des règles prêtes à venir.

Je suis arrivé à recourir à l'eau chaude pour les injections vaginales dans toutes les inflammations utérines, en prenant en considération les réflexions qui précèdent. Je me suis aussi fondé sur l'expérience : Les lotions chaudes, les cataplasmes chauds ont un effet incontestable dans les inflammations phlegmoneuses; les lotions d'eau chaude sur les yeux enflammés, préconisées par Laurence, ont une propriété antiphlogistique indiscutable.

La théorie de cette action de l'eau chaude est facile à saisir. D'après mes recherches particulières l'inflammation me paraît être une sorte de dessèchement d'une partie due à une perte de l'eau du sang contenu dans un réseau capillaire et dans le tissu voisin. Or si l'on peut rendre de l'eau au sang il est certain que les choses rentreront dans l'ordre. Ceci se voit très-bien à l'aide du microscope sur la patte de grenouille : quand la membrane interdigitale commence à sécher, le sang s'arrête dans les vaisseaux; si l'on humecte la membrane à ce moment on voit la circulation se rétablir. L'eau est susceptible d'être absorbée après imbibition de l'épiderme, et plus l'eau est à une température voisine de celle du corps, mieux l'eau

est absorbée. Tout le monde sait que dans le bain chaud l'homme absorbe plus d'eau que dans le bain froid.

A un autre point de vue l'eau chaude congestionne les tissus. Lorsqu'on faisait la saignée du pied, on plaçait le membre dans l'eau chaude. Lorsqu'on panse un plaie récente et que l'on veut voir si des vaisseaux donnent du sang, on lave la plaie avec de l'eau chaude. Rien n'est donc plus démontré que l'action de l'eau chaude pour congestionner les tissus. Ceci justifie amplement l'idée d'administrer des injections vaginales chaudes pour provoquer le molimen hemorrhagicum utérin.

I. J'ai rassemblé plusieurs faits démontrant que les injections d'eau chaude ont amené un soulagement immédiat dans les inflammations utérines, soulagement que l'on ne saurait mieux comparer qu'à l'effet du cataplasme chaud sur les plaies enflammées.

Obs. I. La nommée K*** Marie, dix-neuf ans, n° 9, salle Saint-Alexis, atteinte de vaginite et enceinte, avortée à trois mois, le 20 septembre 1868, a eu des suites de couches régulières et se portait bien quand, le 21 octobre 1868, elle voulut frotter dans la salle. Le soir qui suivit cette fatigue elle a été prise de douleurs abdominales avec fièvre. Le lendemain à la visite je trouve le ventre douloureux à la pression dans la fosse iliaque droite; l'utérus était douloureux au toucher et encore un peu entr'ouvert. La malade n'était pas constipée :

Repos au lit, cataplasmes chauds sur le ventre, quatre injections d'eau de 38 à 40 degrés, lavement émollient chaud, bouillons.

Le 23, mieux, moins de douleurs et de fièvre, mêmes injections et lavement, cataplasmes.

Le 24, même état, utérus un peu gros et sensible, même traitement.

Le 25, le ventre n'est plus douloureux, pas de fièvre, même traitement, une portion.

Le 27, l'utérus est gros et dur, mais non douloureux; mêmes injections.

Le 28, la malade a eu des pertes sanguinolentes, le ventre est un peu ballonné, mais il n'y a pas de douleurs à la pression. Le 30 et le 31, même écoulement sanguinolent, les injections étaient continuées pendant ces trois jours; appétit, cinq portions.

Le 2 novembre, pertes blanches assez abondantes, la malade est tout à fait soulagée, elle ne souffre plus. Le col est refermé, l'utérus n'est plus gros, il a un peu plus que son volume normal et n'est pas douloureux.

L'amélioration continue les jours suivants, la malade se lève. Le 13, la malade était tout à fait bien, sa vaginite était guérie. La malade est restée encore dans les salles pendant un mois, et l'époque

de ses règles s'étant passée normalement, les pertes blanches ayant cessé, elle est sortie de l'hôpital au mois de février.

Les injections chaudes ont procuré un soulagement instantané. Un écoulement sanguin a coïncidé avec l'amélioration; cet écoulement était sans doute un retour de couche hâtif, mais il n'en reste pas moins évident que les injections chaudes ont été pour quelque chose dans cette apparition un peu prématurée des règles.

Obs. II. La fille P*** Ernestine, vingt-quatre ans, entrée dix-huit mois auparavant dans le service pour la syphilis et une ulcération du col, entre de nouveau le 1er février, au numéro 1 de la salle Saint-Bruno. Elle a de la fièvre et souffre dans le bas-ventre, elle avait depuis plusieurs jours des pertes blanches. Au toucher on constate que le col est gros et douloureux et par le palper abdominal on sent l'utérus un peu gros. C'est à la suite des règles arrivées il y a huit jours que les douleurs ont apparu. Diète, repos au lit, quatre injections d'eau chaude par jour, cataplasmes. Le lendemain, mieux, appétit, douleurs dans le ventre diminuées notablement. Au bout de six jours les douleurs avaient entièrement disparu et l'écoulement était moins abondant. A l'examen au spéculum, le 7 février, le col était congestionné et laissait écouler des mucosités. La malade, qui allait très-bien, est restée dans les salles jusqu'à la nouvelle époque des règles qui se sont passées régulièrement; le col était revenu à son état normal, et la leucorrhée avait disparu.

Ici il y avait une métrite avec engorgement du col et une leucorrhée utérine, suite probable de refroidissement pendant les règles.

J'ai eu dans mon service trois accouchées qui ont présenté des signes de métrite puerpuérale au troisième, cinquième et dixième jour, et chez lesquelles j'ai employé les injections chaudes quatre fois par jour, en même temps que les grands vésicatoires sur l'abdomen. Un soulagement immédiat a été obtenu; depuis ce moment j'ai employé préventivement les injections d'eau chaude simple ou alcoolisée (chez les malades atteintes de vaginite ou d'ulcérations du col au moment de l'accouchement, je prescris l'eau chaude alcoolisée) pour prévenir les accidents inflammatoires utérins, suite de couche. Je n'ai pas observé d'accidents graves depuis que j'emploie ce moyen, et j'ai traité treize nouvelles accouchées qui venaient de mettre au monde un enfant mort, ou avaient avorté. J'ai remarqué que l'eau chaude favorisait l'écoulement des lochies, sauf dans un seul cas où il y a une pneumonie métastatique (Observation publiée dans la *Gazette des hôpitaux*, 13 avril 1869).

Les malades se disent soulagées par ces lavages fréquents. Une autre fois une malade qui avait eu quelques phénomènes fébriles après sa couche a eu, au moment de son retour de couche, une pelvi-péritonite légère. C'était une malade qui avait des douleurs pendant le dernier mois de sa grossesse et pas d'appétit ; elle avait mis au monde un enfant mort et macéré et avait eu une déchirure étendue du périnée.

De tous les faits que j'ai observés jusqu'ici il ressort qu'en cinq ou six jours les douleurs de la métrite disparaissent pendant l'usage des injections d'eau chaude. Certes le repos au lit et les cataplasmes sur le ventre concourent à obtenir la guérison, mais si l'on compare les résultats des injections froides avec ceux des injections d'eau chaude, on arrive à une conclusion entièrement favorable à ces dernières.

Voici un fait frappant à cet égard :

Obs. III. Mme X***, artiste dramatique, atteinte il y a quatre ans de métro-péritonite, suite d'avortement, a été traitée par moi depuis deux ans pour des métrites à répétition causées par des refroidissements et de la fatigue au moment des règles. Quatre fois déjà j'ai guéri la malade en six ou sept jours par des injections chaudes et le repos au lit pendant trois jours.

A la fin de 1868 cette malade a été aux Pyrénées. Après des marches forcées elle a eu quelques pertes blanches pour lesquelles elle a consulté un médecin. Celui-ci a prescrit des injections froides. Les douleurs utérines ont alors reparu et la malade a repris d'elle-même les injections chaudes, qui en peu de jours ont calmé les douleurs. Au mois de novembre dernier Mme X*** revint à Paris. Sous l'influence des fatigues du voyage sans doute, elle eut une récidive de métrite : douleurs dans le bas-ventre, épreintes, cuissons en urinant, douleurs de reins et fièvre. La malade consulta un autre médecin qui prescrivit des injections astringentes au tannin, froides, et des boissons délayantes ; l'état de la malade était sensiblement le même, il y avait des récidives de crises douloureuses, cela durait depuis un mois. Lorsque la malade me fit appeler de nouveau le 23 décembre, je trouvai l'hypogastre sensible, une douleur dans la fosse iliaque droite ; le vagin et surtout l'utérus étaient sensibles au toucher ; il y avait de la fièvre, la malade souffrait beaucoup des reins, elle perdait en blanc, les dernières règles avaient été pénibles et peu abondantes. Le col de l'utérus était un peu gros et un peu douloureux.

Je prescrivis six injections d'eau chaude dans les vingt-quatre heures, un lavement chaud, et un cataplasme chaud sur le ventre ; bouillons.

Le 24 décembre la malade se trouvait mieux, l'appétit était

meilleur que les jours précédents; le même traitement a été continué les jours suivants, jusqu'au 30 décembre, jour où la malade s'est levée, ne souffrait plus du ventre, et où l'utérus, revenu à son volume normal, n'était plus douloureux. Les règles sont venues le 6 janvier, elles ont été abondantes, la malade était guérie, sauf qu'il lui restait quelques douleurs de reins du côté droit, ce qui tient à un état du rein consécutif, à une gravelle urique que la malade doit au régime azoté qu'elle suit et à la vie sédentaire qu'elle mène depuis une année, malgré le voyage de six semaines des Pyrénées dont il a été question plus haut.

J'ai examiné plusieurs fois les malades pendant que je les soumettais aux injections chaudes. J'ai fait les remarques suivantes : le col utérin est congestionné, violacé, mais il est mou. Quand il y a des ulcérations, ces ulcérations sont rouges ; elles ont la coloration du sang. Quelquefois la vulve est rouge, irritée, et il y a quelques démangeaisons. J'ai cru devoir attribuer ce dernier phénomène à la brûlure légère causée par l'eau un peu trop chaude.

Les injections d'eau chaude ont été aussi employées dans les inflammations péri-utérines, suite d'hématocèles légères, ou dans les pelvi-péritonites.

Obs. IV. La nommée S*** Marie, dix-neuf ans, n° 14, Saint-Alexis, entre le 8 août 1868, avec une hématocèle rétro-utérine ; les règles venaient d'être supprimées à la suite d'un coït pendant les règles. Le ventre était devenu immédiatement douloureux. A l'examen par le toucher, l'on trouve sur le côté de l'utérus, et un peu en arrière, une petite tuméfaction douloureuse, chaude; l'abdomen est douloureux et la malade a souffert en allant à la selle. Peu de fièvre, pas d'appétit. Cataplasmes sur le ventre, injections chaudes, quatre par jour; deux lavements chauds, bouillons, repos au lit. Le lendemain mieux, moins de douleur. Les injections chaudes sont continuées les jours suivants. Les douleurs disparaissent vite ; la tumeur péri-utérine disparaît et la malade se lève le 20 août.

La malade reste à l'hôpital jusqu'à sa nouvelle époque de règles, arrivée le 1er septembre, et sort le 4 entièrement guérie.

Obs. V. Mlle X***, vingt-quatre ans, ouvrière de magasin, atteinte de vaginite il y a deux ans et sujette à des douleurs de ventre. Après avoir eu les pieds mouillés, au moment de ses règles (il n'a pas été possible de savoir s'il y a eu des rapports sexuels), a été prise le soir même, le 22 décembre 1868, de douleurs abdominales vives. Elle avait des douleurs violentes par crises. Je vis la malade le 23 : le ventre était très-douloureux et non ballonné ; la malade était très-pâle ; au toucher, on trouvait, en arrière de l'utérus, une tumeur pâteuse grosse comme un petit œuf, peu douloureuse ; l'utérus n'était pas très-douloureux, mais le vagin était chaud ; il y avait un écoulement sanguinolent. Je diagnostiquai une hématocèle com-

pliquée d'inflammation, et je prescrivis deux injections d'eau chaude par jour, des cataplasmes chauds sur le ventre et un lavement chaud avec 6 gouttes de laudanum; repos au lit, bouillons. Le lendemain la malade se trouvait mieux; moins de fièvre. La tumeur vaginale était dans le même état, un peu plus molle cependant. La malade avait dormi. Mêmes injections, mêmes cataplasmes. Le 25, l'écoulement sanguinolent a cessé, sommeil, appétit, plus de fièvre, ventre non douloureux; mêmes injections, bouillons, une côtelette. Le soir, la malade, qui se trouvait beaucoup mieux, se lève et fait ouvrir sa fenêtre pour changer l'air. Cette imprudence réveilla les douleurs abdominales; la nuit la malade eut une crise, et je la trouvai le 26 avec une forte fièvre; le ventre ballonné, douloureux à l'ombilic. La tumeur vaginale n'avait pas changé d'état. Un grand vésicatoire fut appliqué sur le ventre; les injections chaudes sont continuées. Diète, une pilule d'opium de 5 centigrammes.

Le 27, la malade était mieux, la douleur du ventre était très-diminuée; même traitement.

Le 28, la fièvre est tombée, le ventre est moins ballonné, appétit; mêmes injections, bouillons et potages.

Le 30, bien plus de douleurs; mêmes injections.

Le 1er janvier, l'amélioration continue; la tumeur, examinée par le toucher vaginal, a disparu presque entièrement; mêmes injections.

Le 3 janvier, la malade se lève et mange avec bon appétit; elle ne fait plus qu'une injection par jour, et à partir de ce moment, je cesse de la voir. La guérison s'est confirmée ensuite et l'époque des règles suivantes a été normale.

Les injections chaudes ont procuré un soulagement immédiat; mais comme j'ai employé ensuite un vésicatoire sur l'abdomen, je ne conclus pas que ce sont les seules injections qui ont fait disparaître aussi vite l'hématocèle et l'inflammation concomitante.

Les ulcères du col, compliqués de métrite, sont aussi avantageusement traités par les injections d'eau chaude.

Obs. VI. La nommée D*** Elisa, vingt-deux ans, nº 14, Saint-Bruno, entrée à l'hôpital le 29 avril dernier. Accouchée il y a un an, elle venait d'être traitée chez M. Péan pour un ulcère granuleux du col, suite de vaginite par des cautérisations intra-utérines avec le crayon de nitrate d'argent et des injections froides telles qu'on les donne à l'hôpital de Lourcine.

La malade avait des douleurs dans le ventre et perdait en blanc. Elle avait un peu de fièvre et disait que ses douleurs avaient été plus ou moins fortes pendant qu'elle était en traitement, et que les douleurs avaient redoublé depuis qu'elle était sortie de l'hôpital.

Je diagnostiquai une métrite du col et je prescrivis des injections d'eau chaude trois par jour, et des cataplasmes chauds sur le ventre.

Le 30 avril, la malade souffrait encore un peu, mais elle avait reposée pendant la nuit ; même traitement.

Le 1er mai, la malade se trouve mieux et se lève ; mêmes injections, l'amélioration continue le 2. Le 3, à l'examen au spéculum, on trouve une exulcération du col en voie de réparation. Le col est un peu violacé, mais la malade perd moins en blanc. La malade va du reste très-bien : elle se lève toute la journée, mange et ne souffre plus. Le 9 mai, les règles sont venues et se sont passées sans douleurs. La malade sortira prochainement de l'hôpital.

Voilà une malade qui a une inflammation utérine autour d'un ulcère en voie de réparation et chez laquelle les injections émollientes chaudes et le repos seuls ont calmé les douleurs de la métrite en peu de jours.

A cette observation, je pourrais joindre celles d'autres malades et celles des femmes qui viennent à nos consultations à l'hôpital de Lourcine avec des vaginites anciennes et des ulcérations du col, que je traite par les injections d'eau chaude et de rares cautérisations avec la solution de chlorure de zinc. Le plus souvent, en effet, je place un tampon d'alun que je laisse vingt-quatre heures ; et pendant les huit jours qui suivent, les malades font deux injections chaudes par jour. J'obtiens de la sorte des guérisons en un mois ou six semaines au lieu d'entretenir les ulcères du col par des cautérisations répétées.

II. Dans la dysménorrhée j'ai obtenu de bon effets des injections d'eau chaude. Voici deux exemples :

Obs. VII. La fille T*** Angélina, dix-sept ans, salle Saint-Alexis, n° 17, entre le 27 avril avec une vaginite. Ses règles étaient venues la veille de son entrée. Elle alla aux injections (injections froides de l'hôpital de Lourcine) le 28, croyant ses règles terminées. Le soir même elle est prise de douleurs épigastriques, de fièvre. A la visite, le lendemain, je trouve la face rouge, congestionnée ; une forte fièvre, la peau chaude et sèche, le ventre douloureux.

Une sangsue à la partie supérieure de chaque cuisse, deux injections d'eau chaude, cataplasmes chauds sur le ventre, diète.

Le 29 avril, moins de fièvre, un peu d'appétit, douleurs abdominales moindres ; mêmes injections, bouillons, potages.

Le 30, appétit, pas de fièvre ; mêmes injections ; premier degré.

Le 1er mai, retour de l'écoulement des règles pendant la journée et la nuit ; injections chaudes.

Le 2, bien ; la malade se lève ; deuxième degré.

Le 3, à l'examen au spéculum, le col est un peu violacé, le vagin est moins rouge que lors de l'entrée de la malade, l'écoulement est à peine marqué. Le repos et les injections chaudes ont amélioré l'état du vagin.

Si les sangsues aux cuisses ont procuré un soulagement et diminué la congestion générale, les injections chaudes ont certes rappelé l'écoulement sanguin comme elles sont faites dans l'observation Ire de ce travail.

Obs. VIII. M***, salle Saint-Alexis, n° 1, atteinte de syphilis et de chancres sur le col, était en voie de guérison lorsquelle a présenté, le 20 décembre 1868, des accidents congestifs. Elle avait pris un bain au moment de ses règles, et celles-ci s'étaient arrêtées. Il y avait un peu de constipation. Le 21 décembre, à la visite, je trouvai à la malade de la fièvre et des malaises ; la face était rouge, congestionnée ; il y avait des douleurs à la gorge, le pharynx était un peu rouge ; le ventre était douloureux. Au toucher, on sentait l'utérus douloureux.

Quatre injections chaudes sont prescrites et la malade, qui était constipée depuis deux jours, prend un verre d'eau de Sedlitz. Cataplasmes sur le ventre, tisane de gomme, bouillons, potages.

Le 22, même état, sauf que le mal de gorge a diminué ; deux selles ; injections chaudes, cataplasmes, même régime.

Le 23, mieux ; les douleurs abdominales ont disparu ; l'utérus est encore un peu sensible ; la fièvre a disparu ainsi que le mal de gorge ; mêmes injections ; premier degré.

Le 24, le mieux persiste ; même traitement.

Le 25, écoulement sanguin qui dure la journée et est assez abondant.

Le 26, mieux général : la malade se lève et mange ; deuxième degré.

Le 30, la malade se lève et reprend son régime tonique et les bains qui constituent le traitement de la syphilis.

Ici l'on ne peut attribuer le retour des règles au purgatif ; ce sont les injections qui semblent avoir le mieux agi comme calmant et emménagogues.

En résumé, des observations que je viens de citer et de l'expérience faite à ce sujet depuis dix-huit mois à l'hôpital de Lourcine, je conclus que les injections d'eau chaude à 35 ou 40 degrés sont un excellent moyen calmant et un antiphlogistique puissant pour le traitement des inflammations utérines, et que quand elles provoquent un écoulement sanguin, celui-ci est un avant-coureur de l'amélioration.

Quand il y a une inflammation péri-utérine, même autour d'une hématocèle, l'eau chaude est encore un bon résolutif, et jusqu'ici je n'ai pas vu que l'eau chaude augmentât l'hémorrhagie. Il est vrai de dire que l'injection vaginale n'arrive pas jusque sur le vaisseau qui donne du sang.

Dans la dysménorrhée, l'eau chaude congestionne l'utérus, et la congestion est suivie du retour des règles et par conséquent d'un soulagement marqué.

Enfin, les injections d'eau chaude agissent comme le cataplasme et les lotions chaudes qui sont si utilement employés dans les inflammations du tégument.

Les injections d'eau chaude sont pratiquées à l'hôpital avec des irrigateurs dont le jet est peu fort. L'eau employée doit être à 35 ou 40 degrés et on la renouvelle deux, quatre ou six fois par jour. Ce moyen est commode et ne répugne point aux malades, et c'est une bonne condition pour son emploi ; il ne cause d'ailleurs aucun accident.

CHIMIE ET PHARMACIE

Observation chimique sur les orangettes cultivées dans nos serres.

Il n'y a pas un siècle on prétendait que l'homme ne pouvait pas expliquer les mystères de la nature, on les considérait comme impénétrables.

Aujourd'hui, grâce à la physique et à la chimie, on parvient de temps en temps à soulever un des coins du voile dont s'entoure la création ; ainsi les physiologistes sont arrivés à force de recherches à découvrir les causes de la transformation de l'amidon en glucose pendant l'acte de la germination ; ils suivent les métamorphoses des liquides qui se trouvent dans les cellules des plantes. M. de Luca a fait une étude spéciale pour rechercher à quelle époque commence à se former la matière grasse dans les olives, et qu'elles sont les matières qui lui donnent naissance. M. Buignet nous a dit comment se développe le sucre dans la fraise, M. Lecanu a fait les mêmes recherches pour le raisin, M. Fremy a suivi de jour en jour, d'heure en heure l'accroissement des membranes cellullaires des plantes. D'autres chimistes ont démontré comment se forment les gommes, les huiles volatiles, les résines.

Il y a quelques années, nous fûmes chargés d'examiner un sirop d'écorces d'oranges amères dont la saveur était tellement exagérée, qu'on aurait pu croire à une erreur en le comparant au même sirop fait d'après la formule du Codex.

Nos essais nous conduisirent à reconnaître que, pour composer

ce médicament, on avait employé au lieu d'écorces amères d'oranges des orangettes qui, à poids égal, communiquent à l'eau et à l'alcool une saveur amère beaucoup plus prononcée que celles dites *curaçao de Hollande*, mais bien moins aromatique.

Cette observation nous donna la pensée de suivre pendant plusieurs années les phases du développement du fruit de l'oranger cultivé dans nos serres, car on sait que les végétaux subissent des modifications importantes dans leurs formes physiques et dans leurs principes constituants, du moment qu'ils sont transportés sous un climat et dans une terre qui ne sont pas leurs.

Nous avons noté que lorsque les orangettes ont acquis un volume de 5 centimètres de circonférence, leur suc rougit le papier de tournesol, leur saveur est amère, astringente, aromatique; dans cet état nous en avons isolé de l'acide citrique, du tannin, de la chlorophylle, de l'huile essentielle, un principe amer, de la résine, des traces d'amidon, une grande quantité d'hespéridine.

L'hespéridine disparaît peu à peu à mesure que le fruit grossit, cependant jamais complétement, puisqu'on en retrouve encore beaucoup dans le péricarpe au moment où l'orange se détache de l'arbre après avoir parcouru toutes les phases de son développement.

Nous avons obtenu l'hespéridine de deux manières : la moins dispendieuse consiste à couper les orangettes vertes nouvellement cueillies, à les mettre dans un flacon, à verser dessus de l'alcool à 83 degrés, en suffisante quantité pour les baigner ; après huit mois de macération, on trouve l'hespéridine déposée au fond du flacon ; elle est un peu colorée, on la décolore au moyen du charbon; pour cela on opère de la manière suivante : on met dans un matras 4 grammes d'hespéridine, 1 gramme de charbon animal purifié avec 60 grammes d'alcool rectifié, on fait bouillir, on filtre au papier, on abandonne le liquide à l'air libre, l'hespéridine cristallise à mesure que l'alcool s'évapore. Dans cet état elle est d'un blanc jaunâtre.

Le second procédé consiste à faire bouillir 200 grammes d'orangettes dans un kilogramme d'alcool, à filtrer le décocté, puis à le distiller pour en retirer les trois quarts de l'alcool employé; par le repos l'hespéridine se précipite, et on décante le liquide qui surnage.

L'hespéridine a été découverte en 1828, par Lebreton, dans l'enveloppe blanche et spongieuse des oranges et des citrons ; ce con-

frère en a parfaitement décrit les caractères physiques et chimiques; en effet, elle cristallise en aiguilles soyeuses, elle est insoluble dans l'eau froide et l'éther, un peu soluble dans l'eau bouillante; il la dit très-soluble dans l'alcool. Nous ne sommes pas tout à fait de cet avis, puisqu'il faut élever la température de l'alcool jusqu'à l'ébullition pour qu'elle se dissolve complétement. L'acide hydrochlorique la colore en vert, les acides sulfurique et nitrique en jaune, puis en rouge; les alcalis la saponifient. D'après nos observations cette substance change de nature pendant l'acte de la végétation, elle se colore en se résinifiant; le même phénomène a lieu en la faisant bouillir longtemps dans de l'alcool. Il est difficile de la priver entièrement du principe amer qu'elle entraîne avec elle; ce principe amer a été étudié et décrit, il y a peu de temps, par un de nos confrères.

Nous avons distillé des orangettes à trois périodes de leur développement: l'essence la plus suave est celle qu'on obtient avant que le fruit commence à se dessécher; cette essence porte dans le commerce le nom de *petit grain*. Quant au rendement, il varie à l'infini; cela tient à l'âge de l'arbre, aux soins qu'il reçoit, et principalement à l'état de l'atmosphère; plus il fait chaud, plus le fruit est riche en principes volatiles et en hespéridine.

Stanislas MARTIN.

Teinture de paullinia.

En 1846, j'ai fait don au musée de l'Ecole de pharmacie de Paris, d'une liane et de semences de *Paullinia sorbilis de Martius*, qu'un célèbre médecin français, Sigaud, fondateur de l'Académie de médecine à Rio de Janeiro, m'avait envoyées du Brésil.

Au mois de décembre de la même année, j'ai publié dans le journal le *Bulletin de Thérapeutique* l'historique de ces deux substances, en même temps qu'une analyse chimique du paullinia qui, au Brésil, porte le nom de *guarana*.

Le guarana est composé par les Indiens Manheems. Selon Riadel, c'est un mélange de farine de manioc, de cacao et de semences de paullinia dont on fait une pâte homogène au moyen de l'eau, qu'on sèche au soleil. Dans mon travail, j'ai cité les noms des médecins qui, au Brésil, ont préconisé les propriétés du paullinia comme tonique, calmant et antifébrifuge. D'après mon analyse, je l'ai

trouvé composé de glycyrrhizine, albumine, acide gallique, résine amère, matière grasse, extractif végétal et de ligneux.

A Rio de Janeiro, on administre cette substance réduite en poudre; on en fait des pilules, des pastilles, une teinture. Depuis 1846, le paullinia a pris place en France dans la thérapeutique; on le prescrit sous forme de poudre ou dissous dans l'alcool.

Comme la teinture de paullinia n'est pas inscrite dans le nouveau Codex, nous proposons la formule suivante :

Paullinia réduit en poudre impalpable........	100 grammes.
Alcool à 80 degrés.........................	250 —
Eau distillée..............................	250 —

On fait macérer pendant quinze jours dans une étuve chauffée à 10 degrés, en ayant soin d'agiter souvent ; on passe avec expression, puis on filtre au papier. Stanislas Martin.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Trois fractures compliquées de la jambe traitées par la suture des os.

Si dans un grand nombre de cas les fractures sont suffisamment maintenues dans un état de réduction convenable par les moyens ordinaires de contention, il faut reconnaître que dans quelques circonstances, rares heureusement, la mobilité des fragments et leur tendance au déplacement sont telles, que les appareils les plus parfaits d'immobilisation sont impuissants, condition extrêmement fâcheuse pour le malade qui reste ainsi exposé aux accidents immédiats les plus graves, sans avoir l'espoir, s'il a le bonheur de les traverser, d'obtenir une guérison satisfaisante. — C'est pour ces cas désespérés que les moyens d'immobilisation directe des fragments osseux ont été imaginés, et le nombre des faits de succès de cette méthode est assez grand aujourd'hui pour qu'il soit indiqué positivement d'y recourir désormais quand les procédés ordinaires de contention indirecte seront insuffisants.

Dans une série de travaux présentés à l'Académie de médecine (1) ou publiés soit dans le *Bulletin général de Thérapeu-*

(1) *Bull. acad. de méd.*, séances des 8 novembre 1864 et 25 octobre 1865.

tique (1), soit dans la *Gazette hebdomadaire* (2), mon excellent ami M. le docteur Bérenger-Féraud s'est attaché à vulgariser les moyens d'immobilisation directe; il a présenté des considérations théoriques assez précises et des faits assez nombreux pour faire prendre en sérieuse considération cette méthode, et, pour moi, la lecture de ces travaux et les longues conversations que j'ai eues sur ce sujet avec mon excellent confrère, m'ont poussé à recourir à la suture et à la ligature des os sans hésitation, lorsque j'ai cru voir l'indication de pareils moyens dans la thérapeutique des fractures.

Je présente aujourd'hui trois observations de sutures faites pour des fractures compliquées de la jambe afin d'apporter à l'immobilisation directe mon tribut de labeur et d'observations; on verra qu'à la rigueur une seule, la seconde, est probante, ayant été faite dans des conditions qui laissaient quelques chances de succès. Mais j'ai voulu néanmoins relater les trois essais pour mieux familiariser avec le procédé, car, malgré le résultat négatif des deux autres, on peut en tirer peut-être un certain enseignement.

En tout état de choses, je dois à la méthode elle-même de déclarer qu'elle a fait dans l'un et l'autre cas ce qu'elle pouvait faire: elle n'a pas empêché le jeune Albert Berne de mourir de syncope, mais elle a contenu parfaitement en contact les fragments de sa fracture; elle n'a pas maintenu les fragments dans la dernière observation, parce que le fil s'est brisé et que, en raison des accidents inflammatoires concomitants, l'amputation de la jambe a été préférée à une nouvelle suture.

D'ailleurs, dans ces trois cas, les fragments ne pouvaient être contenus par aucun appareil; les plaies étaient fort étendues, et il ne restait en dehors de la suture d'autre alternative que l'amputation.

Obs. I. *Fracture des deux os de la jambe, compliquée de plaie. — Mort par syncope quarante-quatre heures après l'accident, quatorze heures après la suture.* — Berne Albert, âgé de dix-huit ans, camionneur, demeurant au Havre, a été renversé, le 10 septembre 1865, par une de ces voitures nommées *diables*, pesamment chargée d'arbres, dont une des roues lui a passé sur la jambe gauche. — Cet accident est arrivé à quelques kilomètres du

(1) *Bull. gén. de Thérap.*, t. LXIX, p. 348; t. LXXI, p. 20.
(2) *Gazette hebdom.*, 1867, nos 39, 40, 41.

Havre, et le malheureux blessé est jeté sur la paille, dans une étable, où il reste pendant six heures sans aucune espèce de secours. — Je suis appelé à lui donner les premiers soins et le trouve pâle et exsangue ; il y a eu une abondante hémorrhagie par une plaie située à la jambe gauche, et il a eu, avant mon arrivée, trois syncopes pendant lesquelles on le croyait mort. — Je reconnais, indépendamment d'une vaste plaie de la jambe gauche, une fracture très-oblique du tibia à ce niveau, c'est-à-dire à la réunion de son tiers inférieur avec ses deux tiers supérieurs. Le péroné est également fracturé à la même hauteur. — Le foyer de la fracture communique largement avec l'air extérieur. — J'applique un appareil provisoire et fais conduire le blessé à l'hôpital, où il est admis, salle Saint-Gabriel, n° 18.

A son arrivée, il souffre vivement ; l'expression de sa figure est altérée, anxieuse ; il pousse des cris au moindre attouchement. J'applique un bandage de Scultet.

Le lendemain, on constate que l'appareil est impuissant à maintenir les fragments en contact. — Je prends alors le parti de réunir, par une suture métallique, les deux extrémités des fragments du tibia qu'on voit à nu au fond de la plaie et qui sont facilement accessibles. — Cette opération, commencée à la visite du matin, a été interrompue parce que le foret s'est brisé ; elle est reprise et achevée à la visite du soir (1). Le blessé a souffert vivement chaque fois ; sa figure est toujours altérée, pâle, et il a un peu de délire. — On lui donne de l'opium le soir.

Mort subite vers six heures du matin, trente-huit heures après son entrée à l'hôpital, quarante-quatre heures après l'accident qui lui a fracturé la jambe.

A l'autopsie, on ne constate aucune altération qui puisse expliquer la mort.

Je n'ai pu assister à l'autopsie que M. Desmares, interne de service, a faite seul. Ce que ne dit pas cette trop courte relation nécropsique, c'est qu'il a été apporté beaucoup de soin à rechercher, du côté des vaisseaux pulmonaires et des autres organes de la circulation, s'il n'existait pas une embolie ou un thrombus qui pût expliquer cette mort subite. La solide instruction scientifique et la rigueur scrupuleuse de l'investigateur me sont un sûr garant que

(1) Le manuel opératoire de cette suture a été identique avec celui de la suture de l'observation suivante.

si ses recherches ont été infructueuses, c'est que la mort n'avait pas eu lieu par ce mécanisme.

Obs. II. *Fracture des deux os de la jambe au tiers moyen. — Suture métallique du tibia. — Guérison.* — Gourles (Pierre), âgé de trente-sept ans, d'une forte musculature et d'une grande énergie, n'a jamais été ni blessé ni malade. Il travaillait aux nouveaux bassins de l'avant-port, quand un wagon de terrassement pesamment chargé, redescendant la pente avec vitesse, le renversa sur le dos, le 22 août 1866. Les deux roues du même côté lui passèrent successivement sur la jambe droite.

Gourles fut apporté immédiatement à l'hôpital (salle Saint-Gabriel, nº 15), où je constatai les désordres suivants :

Vaste plaie externe des trois cinquièmes moyens de la partie antéro-externe et même interne de la jambe droite, plaie large de 4 à 7 centimètres, mâchonnée. Toute la partie correspondante de la face antérieure du tibia est à nu et revêtue seulement de son périoste. — Le nerf saphène interne est comme disséqué dans une étendue de 10 à 12 centimètres et forme dans la plaie une corde tendue de haut en bas. — Le péroné est fracturé en deux points distants l'un de l'autre de 3 centimètres : la fracture supérieure correspond à peu près au centre de l'os. — Le tibia est le siége d'une seule solution de continuité vers l'union de ses deux cinquièmes inférieurs avec les trois cinquièmes supérieurs. Le plan de cette fracture est obliquement dirigé en bas et en dedans ; les extrémités de chaque fragment sont dépouillés de leur périoste en avant, encore adhérentes aux parties molles en arrière.

La réduction de la fracture du tibia s'obtient facilement, mais le déplacement sera reproduit dès qu'on vient à cesser les tractions réductives. La vaste plaie est une entrave insurmontable à l'application d'appareils contentifs.

L'exposition des fragments à l'air extérieur et l'accès facile pour y pratiquer la suture, l'impossibilité d'appliquer un autre appareil convenable me font choisir sans hésitation, comme mode de traitement le plus rationnel, l'immobilisation directe des fragments.

Le jour même, 22 août, j'en pratique la suture métallique au moyen d'un drill et d'un fil d'archal résistant. Je perfore d'abord un fragment vers le milieu de son plan oblique de fracture ; puis, par une autre application du foret, le second fragment est perforé au même niveau. — Comme le plan de la solution de continuité,

ainsi que je l'ai déjà dit, est dirigé de haut en bas et de dehors en dedans, ces perforations se trouvent aiusi transversalement dirigées par rapport au plan médian antéro-postérieur du corps.—Le fil d'archal est passé dans les deux perforations qui se trouvent parfaitement correspondre; je fais décrire à une de ses extrémités un tour complet autour des fragments, de manière à combiner ainsi la ligature et la suture, et les deux extrémités des fils sont alors assujetties ensemble par une forte torsion et laissées pendantes au dehors.

Le membre est placé sur un hamac de Scoutetten et solidement assujetti. L'irrigation continue est pratiquée pendant les quinze premiers jours, sans qu'aucune inflammation inquiétante se manifeste. L'état général de Gourles est bon, son pouls n'est pas sensiblement accéléré; il mange d'abord le quart matin et soir, et demande, au bout de quatre jours, la demie. Il boit près d'un litre de vin par jour, dort spontanément et est plein d'espoir et de fermeté.

Après ces quinze jours d'irrigations, le membre est placé dans une boîte de Baudens et la plaie est pansée avec des compresses imbibées d'eau-de-vie camphrée. — La suppuration, qui avait été supprimée ou dissimulée par l'irrigation, s'établit ou apparaît franchement.

Les bourgeons charnus sont de bonne nature, et la peau, qui était décollée en plusieurs endroits, se réapplique au point qu'il n'y a lieu de débrider aucun trajet fistuleux. Gourles continue toujours de manger la demie, de boire son litre de vin et d'être dans d'excellentes dispositions morales. — Le 10 septembre, la plaie se couvre d'un enduit pultacé, épais de 2 à 3 millimètres; au-dessous, les bourgeons charnus deviennent saignants, bleuâtres. L'appétit est moindre; Gourles est abattu, le pouls est fébrile. Le pansement à l'alcool est remplacé par le pansement au jus de citron. Les jours suivants l'inappétence, l'état saburral de la langue, la chaleur de la peau et la précipitation du pouls continuent; la plaie se déterge difficilement; même pansement au citron, eau de Sedlitz le 14 et le 18 septembre. — Ce n'est que le 21 septembre que la plaie est complétement détergée, que l'état fébrile est tombé et que Gourles commence à reprendre son ancien régime. A partir de là, rien n'a entravé la marche cicatrisante de la plaie, qui s'est rétrécie rapidement, pansée qu'elle a été désormais avec du cérat simple. — A cette date du 21 septembre, il y a encore de la mobilité dans les fragments.

Le 15 octobre, je ne perçois plus la mobilité que j'avais rencontrée trois ou quatre semaines auparavant, et je me propose d'enlever le fil d'archal vers le 15 novembre.

Je l'enlève le 16 novembre, presque trois mois après son application. Le cal est solide, la direction du membre est excellente, et sa longueur est la même, à la mensuration, que celle du membre gauche.

Autour de la plaie, dont la largeur atteint 3 à 4 centimètres par suite de l'agrandissement qu'elle avait subi pour l'extraction du fil, autour d'elle, dis-je, se détermine et subsiste pendant trois semaines une subinflammation que les cataplasmes et les bains finissent par calmer et faire disparaître.

Gourles, qui commence à marcher dans les premiers jours de janvier, soutient que sa jambe droite est plus longue que la jambe saine, ce que la mensuration ne démontre point ; mais ce qu'elle démontre, c'est qu'*elles sont exactement de la même longueur toutes les deux.*

La plaie se ferme définitivement le 20 janvier 1867.

Le 30 janvier, Gourles passe dans une salle de convalescents, où il reste, dans le but de s'exercer à la marche et de prendre quelques bains de Baréges, jusqu'au 12 mars dernier, jour où il se déclare capable de reprendre ses travaux de terrassier et demande son exeat.

Obs. III. — *Fracture compliquée des deux os de la jambe. — Suture du tibia. — Rupture du fil métallique pendant des mouvements désordonnés du blessé. — Inflammation intense de la jambe ; suppuration de l'articulation tibio-tarsienne. — Amputation de la jambe au lieu d'élection ; guérison.* — Dorbeaux (Laurent), âgé de trente-trois ans, journalier, bien portant ordinairement, est jeté par terre dans une rixe, le 13 décembre 1866, et ne peut se relever. Il est porté immédiatement à l'hôpital pour une fracture de la jambe droite. Je le vois le lendemain à ma visite du matin, dans la salle Saint-Gabriel, n° 17. Il était, au moment de l'accident, dans un état complet d'ivresse, et les individus avec lesquels il avait eu rixe au milieu de la rue lui étaient inconnus et s'étaient enfuis après sa chute sur le pavé. Toute espèce de renseignement sur le mécanisme de sa fracture fait donc complétement défaut.

Il ne porte aucune trace de blessure ailleurs qu'à la jambe droite, qui offre les lésions suivantes : 1° fracture du tibia, oblique en bas

et en dedans. L'extrémité inférieure et interne du fragment supérieur est à 4 centimètres de la malléole correspondante; 2° fracture du péroné à la partie inférieure de son tiers moyen; 3° déchirure du ligament interne de l'articulation tibio-tarsienne et des ligaments péronéo-tibiaux inférieurs; écartement des deux malléoles; tendance au renversement de la pointe du pied en dehors; 4° plaie large de 3 à 4 centimètres, située à la partie interne de la jambe, donnant issue au fragment supérieur; 5° pas de traces de contusion sur la jambe fracturée.

Il m'est impossible d'obtenir la réduction des fragments par le procédé ordinaire. Le procédé recommandé par Robert pour la réduction de certaines fractures du péroné, procédé qui consiste à fléchir à angle droit la jambe sur la cuisse, en exerçant la contre-extension sur celle-ci, en même temps que l'extension se pratique, comme à l'ordinaire, sur le pied, me procure, dans ce cas, une réduction facile et m'empêche de recourir au chloroforme. Application d'un appareil de Scultet; quart, matin et soir; demie de vin.

Le lendemain 15, Dorbeaux se plaint d'avoir, pendant la nuit, vivement souffert dans la jambe et d'y souffrir encore. Elle est tuméfiée et chaude, surtout à la partie inférieure. La réduction ne s'est pas maintenue complétement : le fragment supérieur fait une saillie menaçante sous la peau qui est située au-dessus de la plaie. La réduction s'obtient par le même procédé, et l'appareil de Scultet est réappliqué. Pouls à 76. Même régime; opium, 5 centigrammes.

Le 16 décembre, la tuméfaction de la jambe, à la partie inférieure surtout, est considérable; les douleurs y sont vives, pulsations; les fragments ne sont pas mieux contenus; la plaie laisse échapper une sanie sanguinolente mêlée d'air, au lieu de sang qui s'échappait les jours précédents. Le malade est agité, n'a point dormi, n'a rien voulu manger; la soif est vive, le pouls bat 92. J'entretiens Dorbeaux de la nécessité d'une amputation de la jambe. Il la repousse énergiquement en répétant ce qu'il avait déjà dit la veille, qu'il préférait la mort à la mendicité. Nouvelle réduction par le procédé de Robert. La jambe est placée dans une boîte de Baudens. Cataplasmes; bouillons; eaux de Seltz et sirop de groseille; opium.

Le 17 décembre, exagération des phénomènes fébriles et inflammatoires précédents; pouls à 110, frisson violent, délire, langue sèche; tuméfaction notable de la jambe et de l'articulation tibio-tarsienne; rougeur diffuse de la peau, sauf au pourtour de la plaie,

qui est bordée d'une frange brunâtre ; écoulement de pus. Même état d'irréductibilité des fragments et même tentative heureuse de réduction. Cataplasmes et boîte de Baudens. Même régime.

Le 18, sphacèle de la peau du pourtour, mais surtout au-dessus de la plaie, dans une étendue de 2 à 3 centimètres de large sur 6 de long. Ecoulement d'une quantité assez grande de pus. Un peu de rémission dans les symptômes fébriles, etc. Je relève le pied, en plaçant un coussin sous le talon, dans le but de rapprocher le plus possible le fragment inférieur du fragment supérieur. Cataplasmes et le reste comme la veille.

19 décembre. Encore de l'agitation et un peu de délire la nuit ; intelligence nette le jour. Le pouls est à 90. Le tension inflammatoire est moindre à la jambe, mais est forte au niveau de l'articulation tibio-tarsienne. Le fragment supérieur est à nu dans une étendue de 6 centimètres de hauteur et est à peine en contact avec le fragment inférieur ; la suppuration est abondante et provient en partie de l'articulation voisine, dans laquelle un stylet pénètre. Je propose derechef l'amputation ; malgré les conseils de sa famille, il la refuse catégoriquement. Je débride alors en bas, vers l'article, et fais la suture métallique des fragments, suture identique encore, quant au procédé, à la suture de l'observation II. L'exécution seulement en fut beaucoup plus pénible, à cause de la difficulté de *coapter* exactement les deux fragments, de mettre en regard les trous isolément perforés de chacun d'eux, et d'introduire un fil métallique par le conduit brisé. Irrigation continue qui fut suspendue quelques heures après, à cause de l'agitation et des cris du blessé. Boîte de Baudens et application de compresses trempées dans l'eau froide et renouvelées toutes les dix minutes. Opium, 10 centigrammes ; soupes ; demie de vin.

20 décembre. Les fragments sont parfaitement maintenus en contact ; mais une inflammation vive existe au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, qui laisse écouler une grande quantité de pus par le débridement qui en a été largement opéré les jours précédents ; la peau est décollée au niveau du mollet et incisée. Le malade est un peu plus tranquille, bien qu'il ait encore du délire et qu'il veuille par moments se lever et marcher. Même pansement ; même régime.

21 décembre. Pendant la nuit, Darbeaux a fait des tentatives pour se lever, et les mouvements auxquels il s'est livré ont eu pour effet de briser le fil métallique, en sorte que je trouve à ma

visite sa jambe dans un état tel, que je le presse énergiquement de me permettre l'amputation.

Il ne m'autorise que le lendemain seulement. Amputation de la jambe au lieu d'élection. Sphacèle, les jours suivants, d'une partie de la manchette. Rétablissement progressif et prompt de la santé générale ; cicatrisation difficile du moignon ; *exeat* le 23 mars dernier, dans un état très-satisfaisant de guérison.

Voilà donc trois cas de fractures compliquées de la jambe, qu'aucun appareil ne m'a semblé pouvoir contenir, et dans lesquels l'immobilisation directe des fragments a été tentée.

Dans l'un la suture métallique rapproche et maintient les fragments en contact, sans que la mort, qui est survenue le second jour, puisse lui être imputée d'aucune façon ; dans le second, elle a fourni le résultat le plus heureux qu'on soit en droit d'attendre d'elle ; dans le troisième cas, le maintien des fragments est resté parfait jusqu'au moment où le fil s'est brisé sous l'influence des mouvements désordonnés du malade atteint de délire.

Les avantages de la suture sont nettement accusés dans la seconde observation. C'est ainsi que le peu d'inflammation du foyer de la fracture chez Gourles prouve surabondamment qu'une contention parfaite des fragments est le plus puissant traitement antiphlogistique, et que la présence du fil métallique est une *épine irritative* infiniment moindre que celle que représente l'extrémité des fragments mal contenus (1). C'est ainsi encore que chez ce blessé la jambe fracturée a conservé toute sa longueur et qu'on a pu éviter, pendant le traitement, les accidents que les appareils à immobilisation indirecte amènent trop souvent à leur suite, dans les fractures compliquées plus particulièrement.

Dans les trois cas qui constituent ces observations j'ai été aux prises avec quelques difficultés du manuel opératoire, qui doivent se présenter assez souvent et contre lesquelles, faute d'expérience, je ne m'étais pas assez mis en garde. Malgré une certaine habitude

(1) On a reproché à la suture des os de provoquer une inflammation du tissu osseux. Pas plus dans cette deuxième observation que dans un autre cas de suture osseuse à la suite d'une résection faite il y a trois mois et demi, je n'ai eu à constater ce fâcheux accident, bien que le fil soit resté ici deux mois et demi en place. Il s'agit d'une résection du tibia et du péroné pour une fausse articulation de ces os. M. le docteur Bérenger-Féraud, qui a pratiqué avec moi cette résection et cette suture, en fera l'objet d'une publication spéciale dès que la guérison, qui aujourd'hui est assurée, sera mieux affirmée par le temps.

que je croyais avoir du maniement du drill, mon foret s'est brisé, sans que je puisse alléguer de mouvement brusque du jeune Berne. Il m'a été impossible d'extraire du tissu osseux l'extrémité brisée. J'ai pratiqué une autre perforation sans m'inquiéter de la première. Dans l'observation III, les trous pratiqués séparément dans chaque fragment ne correspondaient pas, et ce n'est qu'à force de tâtonnements et de patience que je suis arrivé à introduire le fil. Dans tous les cas, il m'a paru difficile d'arrêter la suture à un degré de *striction* suffisant. J'ai cru avantageux de faire décrire à une des extrémités du fil une anse autour des fragments avant de l'assujettir, par une torsion, avec l'autre extrémité. Enfin l'ablation du fil de la suture, qui ne doit pas être pratiquée trop tôt, dans la crainte qu'il n'ait pas encore rempli son but, est difficile à exécuter quand les parties molles se sont cicatrisées et qu'il faut rouvrir la plaie pour aller à sa recherche (1).

Chez Gourles, j'ai éprouvé ces difficultés, d'autant plus grandes que j'avais oublié quelle extrémité du fil j'avais enroulée en forme d'anse autour des fragments, et s'il convenait d'aller à sa recherche de droite à gauche ou de gauche à droite.

Pour ce qui est des indications de la suture métallique des os dans les fractures compliquées de plaies, je crois que dans beaucoup de cas où l'on va immédiatement recourir à l'amputation, on peut la tenter sans inconvénient et souvent avec profit. Plutôt surtout que de laisser aller le membre à la dérive dans un appareil insuffisant et illusoire, la suture s'imposerait à une pratique dans un de ces cas graves où le blessé, refusant l'amputation, me semblerait voué à une de ces consolidations vicieuses qui n'assument pas seulement d'être une pénible infirmité pour le patient, mais qui sont un objet de remords pour le chirurgien et une tache pour notre art. Je ne me sentirais retenu, il me semble, que par la multiplicité

(1) Le docteur Bérenger-Féraud nous a dit que, pour peu que l'on éprouve de difficulté à retirer le fil métallique, il faut le laisser en place sans s'en inquiéter davantage. La cicatrisation se fait régulièrement et le lien coaptateur peut rester indéfiniment au contact de l'os sans provoquer aucune réaction et sans avoir aucun inconvénient, quel qu'il soit. Il appuie son opinion sur des faits nombreux, entre autres sur celui qu'il a publié dans le *Bulletin de Thérapeutique*, t. LXXIV, p. 56, où il est dit que le sujet étant mort accidentellement plus de trois ans après la guérison de sa fracture traitée par la ligature osseuse, on a pu constater que le fil de fer avait été englobé dans le cal, qui le tolérait parfaitement.

des fragments et par l'impossibilité d'arriver à leur assujettissement d'une manière satisfaisante. FAUVEL,

Chirurgien de l'hôpital du Havre.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'Hydrothérapie à domicile, par le docteur Paul DELMAS, directeur de l'établissement hydrothérapique de Longchamps, à Bordeaux.

Notre génération avec son désir d'arriver rapidement à la fortune et à la gloire use ses forces physiques et morales dans ces angoisses, dans ces travaux incessants ; aussi comprend-elle la nécessité de la résistance du physique pour venir en aide au moral. C'est ce qui explique la faveur avec laquelle toutes les questions d'hygiène sont accueillies, avec quel bonheur on les met en pratique, quitte, il est vrai, à les abandonner avec le même enthousiasme qu'on a mis à les adopter. L'hydrothérapie a passé par ces alternatives de succès et de déchéance. Il fut un temps où beaucoup de personnes, hommes et femmes, se rendaient acquéreurs d'appareils portatifs et faisaient à domicile de l'hydrothérapie thérapeutique. Cet engouement est un peu passé, mais nous espérons qu'on reviendra à l'usage de l'eau froide comme moyen hygiénique et que la génération qui nous succède, moins enthousiaste mais plus constante, s'empressera d'adopter des pratiques aussi faciles que salutaires. C'est donc pénétrés de l'importance de l'hydrothérapie faite d'une manière méthodique au double point de vue de l'hygiène et de la thérapeutique que nous nous empressons de donner l'analyse d'un traité tout nouveau et fort intéressant du docteur Delmas. M. Delmas, directeur d'un grand établissement à Bordeaux, est mieux que tout autre en état de nous renseigner sur les avantages et les inconvénients de l'hydrothérapie faite au domicile du malade. Tout dans son travail est si bien exposé, si clair, que nous voudrions pouvoir en reproduire des pages entières ; contentons-nous d'exposer ici la substance de ce traité qui ne renferme rien d'inutile. Il est divisé en un certain nombre de chapitres correspondant à autant de questions intéressant la matière et qui ont été posées par l'association médicale de la Dordogne.

L'auteur commence par dire ce qu'est l'hydrothérapie et ce qu'elle

doit être. Il y a dans l'économie trois grandes fonctions principales : l'innervation, la circulation et la nutrition.

Mettre en jeu ces fonctions languissantes, altérées ou troublées, les exciter ou les modérer, voilà tout le rôle de l'eau envisagée au point de vue thérapeutique ; nous disons l'eau et non l'eau froide, parce que M. Delmas ne pense pas, comme M. Fleury, qu'il soit nécessaire d'employer de l'eau à 8 ou 12 degrés pour avoir des effets hydrothérapiques, et il conseille dans certains cas d'avoir recours à de l'eau marquant 18 degrés et même 28 degrés centigrades. Nous félicitons beaucoup M. Delmas de n'avoir pas cette rigueur inflexible d'un mathématicien et d'adapter sa méthode aux tempéraments, aux affections et surtout aux idiosyncrasies. Revenons maintenant aux deux grands modes d'action de l'hydrothérapie. Et d'abord quels sont les instruments, quels sont les appareils dont vous allez vous servir à domicile? Ils se réduisent à peu de chose : c'est un seau, une éponge, un drap, une lampe à esprit-de-vin et une baignoire. Jetez l'eau froide sur le corps, vous avez l'affusion ; entortillez le malade dans un drap mouillé jusqu'à ce que la réaction survienne, emprisonnez-le dans une espèce de cage avec une lampe à alcool, puis quand la transpiration est en pleine activité, arrêtez-la par une affusion ou un bain froid : voilà à quoi se réduisent les instruments et la pratique de l'hydrothérapie au domicile du malade. Avec tous ces moyens, vous déprimez et vous excitez l'organisme ; vous le déprimez surtout, mais peut-être ne réussissez-vous pas aussi bien à l'exciter. C'est vrai, dit M. Delmas, mais que voulez-vous, le médecin qui traite le malade à domicile peut faire durer la médication plus longtemps qu'on ne le fait dans les établissements ; il peut donc obtenir ainsi une sorte de compensation au profit du malade. Quant aux appareils portatifs qui permettent à l'hydrothérapie d'être plus active, parce que l'eau, grâce à leur aide, a une force plus grande de percussion, M. Delmas n'en est guère partisan : ils coûtent cher, se dérangent et sont vite abandonnés par le malade.

Une question fort importante en hydrothérapie, c'est celle-ci : Comment faire réagir le malade? On y parvient par la marche, la gymnastique et surtout en ayant soin de ne jamais débuter par des affusions ou des douches à une température trop basse, et de ne faire durer l'application de l'eau que quelques secondes au commencement du traitement. Malgré toutes ces précautions, il arrive souvent que des personnes accusent une vive céphalalgie après les

douches en pluie et les affusions sur la tête. On évite constamment cet accident en élevant la température, en lavant plusieurs fois la tête, la figure et la poitrine avec de l'eau froide immédiatement avant la douche, enfin aussitôt après la douche froide, en faisant arriver sur les pieds une douche très-chaude à 38 et même 48 degrés.

Le chapitre des indications et des contre-indications est parfaitement traité ; mais comme ces questions rentrent dans l'hydrothérapie en général, nous n'avons pas à nous y arrêter.

En résumé, le nouvel ouvrage de M. Delmas nous paraît très-bien coordonné et mérite d'être lu attentivement non-seulement par les médecins hydrologues, mais encore par tous les médecins jaloux de se tenir au courant de la science. Emile Tillot.

BULLETIN DES HOPITAUX.

De l'indication du vératrum viride dans la pneumonie (1). — Les faits qu'on va lire ont pour but principal l'application d'un principe capital de thérapeutique, que le professeur de clinique à la Faculté de Strasbourg, M. Hirtz, cherche à vulgariser sous toutes les formes, à savoir que dans les inflammations fébriles à type prédéterminé, comme la pneumonie, c'est la nature qui guérit, mais que ce sont les accidents qui tuent, et par ce mot il faut entendre l'exagération ou la déviation des phénomènes morbides. Or c'est sur ces manifestations envisagées par groupe que l'art a prise. Il n'y a point de médicaments antipneumoniques, mais il y a des agents qui dominent puissamment certaines fonctions, la circulation, la chaleur, la respiration. Que le malade périclite par l'exagération d'une de ces fonctions, l'art interviendra par des moyens expérimentalement déterminés; il empêchera le malade de mourir en attendant que le moment préfixé soit venu où l'évolution naturelle de la maladie amènera la solution.

Dans les faits que nous citons, le rôle de modérateur fut départi au vératrum viride, et il l'a parfaitement et certainement rempli ;

(1) Ces observations, recueillies par MM. Zuber et H. Hirtz, internes des hôpitaux de Strasbourg, ont été communiquées à la Société de thérapeutique dans une des séances d'avril 1869, par le docteur Oulmont, médecin de l'hôpital Lariboisière.

il a ajourné la mort jusqu'au moment où la guérison naturelle devint possible.

Obs. I. *Pneumonie à gauche, du sommet à la base, dyspnée extrême, pouls très-rapide, menace de suffocation.— Impuissance des antimoniaux et de la saignée. — Vératrum viride le quatrième et le cinquième jour, relentissement immédiat du pouls et de la respiration, amendement notable; défervescence critique le septième jour.* — Catherine ***, trente ans, mariée, trois enfants, enceinte pour la quatrième fois d'environ sept mois et demi.

Séjour de quatre semaines l'été dernier (salle 48) pour une pleuro-pneumonie à droite. Sortie guérie, bien portante depuis ce moment. Subitement, le 7 mars, à sept heures du soir, oppression violente suivie de chaleur. En même temps point de côté à gauche, dyspnée, toux sans expectoration. Entrée à l'hôpital le 9 mars au soir.

État actuel : Face anxieuse, vultueuse, dyspnée extrême, respiration courte, haute, très-fréquente (38 degrés R.). Douleur persistant à la base du côté gauche, s'exaspérant par les efforts de toux. Toux faible, expectoration muco-spumeuse adhérente au vase, très-peu abondante.

A l'examen : sonorité normale à droite, tant en avant qu'en arrière; à gauche et en avant, sonorité un peu voilée, en arrière matité depuis la partie moyenne de la fosse sous-épineuse jusqu'à la base. A l'auscultation, rien d'anormal à droite; à gauche et en arrière dans les points mats, souffle tubaire, bronchophonie, crépitations rares quand on fait tousser la malade. Peau chaude (39 degrés), pouls fort, fréquent (112), langue blanche, inappétence, constipation. On prescrit : 10 ventouses scarifiées et

Oxyde blanc d'antimoine..................	10 grammes.
Potion gommeuse........................	120 —

10 mars, troisième jour. Insomnie la nuit, oppression très-considérable, point de côté très-douloureux. Mêmes signes stéthoscopiques. Température, 38°,8; pouls, 108; respiration, 80.

On prescrit : saignée de 400 grammes, 10 ventouses scarifiées. Renouveler la potion d'oxyde blanc, 10/120.

Soir. Amélioration très-passagère sous l'influence de la saignée. Oppression toujours considérable. L'antimoine n'a produit encore aucun effet, ni sueurs, ni diarrhée; température, 39°,2; pouls, 108; respiration, 48. On renouvelle la potion dans la soirée.

11 mars, quatrième jour. Matité ayant gagné la partie supérieure du côté gauche. Souffle dans toute l'étendue du côté. Expectoration très-parcimonieuse. Dyspnée intense, menace d'asphyxie, danger imminent, température, 39°,7; pouls, 112; respiration, 76.

Dans cet état, on prescrit le vératrum viride, en granules contenant chacun 1 centigramme d'extrait. On commence l'administration du médicament à neuf heures et demie.

HEURES.	MÉDICATION.	TEMPÉRATURE.	POULS.	RESPIRATION.	OBSERVATIONS.
9 1/2	1er granule.	39°,7	116	76	
10 1/2	2e granule.	39°,4	108	76	
12	3e granule.	38°,7	98	68	Vomissements.
1 1/2	»	38°,1	68	42	
3	»	37°,8	64	44	Temp. du vagin, 38°,6
4 1/2	»	36°,8	64	38	

Les vomissements survenus après le troisième granule mettent la malade dans un malaise assez considérable, mais de courte durée, et qui fait place au bout d'une *demi-heure* à un état de bien-être général, qui trouve son explication dans l'abaissement simultané du pouls, de la température et les mouvements respiratoires. A partir de ce moment, plus de vomissements. A trois heures, on prend la température dans le vagin pour s'assurer si l'abaissement n'est pas une simple réfrigération périphérique, résultat d'un collapsus artificiel ; elle ne marque que 38°,6, c'est-à-dire environ 0°,8 de plus que dans l'aisselle, ce qui est normal et rassurant. Dans la soirée, à une heure qui n'a pu être précisée, le bénéfice de cette défervescence passagère se perd.

12 mars (matin), cinquième jour. Température, 39°,2 ; pouls, 104 ; respiration, 80. Même état que la veille au matin. Dyspnée considérable ; asphyxie imminente ; souffle et râles crépitants, puis dans toute la partie postérieure gauche de la poitrine.

On revient au vératrum viride.

HEURES.	MÉDICATION.	TEMPÉRATURE.	POULS.	RESPIRATION.	OBSERVATIONS.
10	1er granule.	38°,8	108	74	
11	2e granule.	38°,3	100	50	
12	3e granule.	37°,4	82	50	Vomissements.
1 1/2	»	38°,3	60	30	
2 1/2	»	38°,6	60	40	
3 1/2	»	37°,7	64	40	
4 1/2	»	37°,5	72	40	
5 1/2	»	37°	68	28	
6 1/2	»	37°,5	80	40	
7 1/2	»	37°,5	80	36	
8 1/2	»	37°,2	80	36	
9 1/2	»	37°,9	80	36	
10 1/2	»	38°,1	80	36	
11 1/2	»	38°,6	96	40	

Les vomissements sont survenus comme le jour précédent, après

le troisième granule. On suspend la médication. Au bout d'une demi-heure, état général très-satisfaisant. Respiration calme, tranquille, pouls plein, ralenti ; température modérée. L'effet physiologique du médicament se maintient jusque bien avant dans la soirée.

13 mars (matin), sixième jour. Température, 38°,7 ; pouls, 96 ; respiration, 52. Plus de point de côté, point d'oppression ; souffle persistant en arrière et à gauche, avec de nombreux râles crépitants. Toux légère, expectoration peu abondante.

Soir. Température, 39°,5 ; pouls, 108 ; respiration, 56. La malade se trouve à la fin du sixième jour. Dans la nuit, sueurs abondantes, sommeil tranquille.

14 mars (matin). Défervescence franche ; température, 36°,6 ; pouls, 72 ; respiration, 36 ; n'accuse plus aucune gêne respiratoire ; bien-être complet ; peau moite ; état local sensiblement le même.

Soir. Température, 36°,8 ; pouls, 80 ; respiration, 44. A partir de ce jour, résolution rapide ; température hyponormale ; convalescence.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est qu'elle nous montre dans toute sa netteté et dans toute sa précision l'action physiologique et pharmaco-dynamique du vératrum viride. Nous ne voulons pas insister sur sa valeur curative et sur le résultat final qui a été la guérison : qu'on l'admette ou qu'on veuille la rejeter en nous objectant que la défervescence définitive n'est survenue que le septième jour, jour habituel de la crise pneumonique, il n'en reste pas moins acquis que, sous l'influence du vératrum viride, les symptômes les plus graves ont pu être écartés pendant deux jours, d'une façon en quelque sorte merveilleuse ; au bout d'une heure, en effet, nous voyons déjà tomber température, pouls et respiration, et au bout de trois heures l'effet est complet : au lieu d'une chaleur fébrile on a la température normale *intus* et *extra*, au lieu d'un pouls qui bat 116 fois, on compte 64 ou 68 pulsations, avec une respiration calme, paisible (30 mouvements respiratoires au lieu de 76 à 80).

La pneumonie a suivi son cours, et si l'on ne peut se flatter d'avoir enrayé le mal, du moins est-il presque certain qu'on a empêché la malade de mourir et permis à la force médicatrice d'agir à son tour. Or c'est là le point capital dans le traitement d'une affection qui, comme la pneumonie, suit une marche typique. Peu importe d'intervenir quand la maladie se montre en quelque sorte normale, mais quand des phénomènes aussi graves que ceux qu'a présentés notre malade apparaissent dès les premiers jours, l'indication est urgente. La saignée, les antimoniaux à haute dose

(30 grammes d'oxyde blanc en trente-six heures) n'ont produit aucun effet. La digitale eût été indiquée, mais une action un peu tardive n'aurait probablement pas permis d'arriver à temps. Nous avons vu ce qu'a fait le vératrum; les tableaux que nous avons donnés font ressortir clairement son action rapide, mais en même temps, il faut bien le dire, très-fugace. Sans vouloir ici d'après ce seul fait généraliser les indications d'un médicament, nous pouvons, d'après un grand nombre d'autres, dire cependant qu'il paraît convenir surtout à ces cas de pneumonie où, avec une chaleur modérée, tout le danger semble partir de la circulation et de la respiration. On possède alors une arme puissante et certaine, avec laquelle on peut obtenir des effets, sinon durables, du moins précis et répétés.

Obs. II. *Bronchite généralisée. Fièvre intense. Dyspnée. Pouls très-fréquent. Impuissance des antimoniaux. Vératrum viride. Soulagement notable. Abaissement du pouls et de la température. — Guérison.* — Joseph X***, ébéniste, trente-trois ans, malade depuis douze jours, entre à la Clinique le 8 mars.

Pas de maladies antécédentes.

Le 25 février, à la suite d'un refroidissement, malaise général accompagné de céphalalgie, de soif, diarrhée, tous les symptômes d'une fièvre violente. Toux fréquente. Expectoration, d'abord nulle, puis peu à peu plus abondante, jamais sanglante.

A son entrée, grande faiblesse; respiration fréquente, peau très-chaude; pouls rapide. Pouls, 120; température, 40°,8; respiration, 60. Langue sèche, blanche au milieu, rouge sur les bords; diarrhée, anorexie, soif intense.

A l'examen de la poitrine, sonorité normale dans toute son étendue. A l'auscultation, râles sibilants et ronchus généralisés dans les deux poumons. A la base, de chaque côté et dans les aisselles, râles sous-crépitants, fins, très-nombreux. Pas de souffle, ni de bronchophonie. Enrouement. Toux fréquente; douleur très-grande sur la ligne sternale. Expectoration abondante, muco-purulente, surmontée de spumosités, très-adhérente au vase.

Diagnostic. Bronchite aiguë, généralisée. Fièvre catarrhale.

9 mars. Même état.

Matin. Pouls, 120; température, 40°,4. Six selles dans la nuit; mêmes phénomènes stéthoscopiques.

Oxyde blanc d'antimoine....................	10 grammes.
Potion gommeuse..........................	120 —

Soir. Pouls, 144; température, 40°,2.

10 mars. Plusieurs selles dans la nuit, dont une involontaire. Abattement considérable, regard éteint, danger prochain. Respi-

ration fréquente. Fièvre intense. Respiration, 40; Pouls, 120; température, 30°,9.

On prescrit alors le vératrum viride, 1 granule de 1 centigramme d'extrait par heure; granules de vératrum viride, n° V.

L'expérience commence à onze heures.

HEURES.	MÉDICATION.	TEMPÉRATURE.	POULS.	RESPIRATION.	OBSERVATIONS.
11	1er granule.	39°,9	120	40	
11 45	»	39°,9	120	40	
12	2° granule.	39°,9	120	36	
12 1/2	»	39°,9	120	38	
1	3e granule.	39°,7	120	36	
1 1/2	»	39°,5	112	32	Pas de nausées.
2	»	39°,4	108	32	Vomissement après cette mensurotion.
2 1/4	4e granule.	»	»	»	3 vomissements.
2 3/4	»	39°,2	84	32	
3 1/4	»	39°,4	80	32	Malaise considérable.
3 3/4	»	39°,7	76	28	
4 1/4	5e granule.	39°,7	84	32	
4 3/4	»	40°	96	28	
5 1/4	»	41°,1	100	36	Vomissements.
5 1/2	»	»	72	»	Vomissements.
5 3/4	»	38°,8	68	20	Sueur abondonte.
6 1/2	»	39°	72	36	Soulagement notable.
7 3/4	»	38°,3	76	28	Sommeil.

Deux heures et demie après le commencement de l'expérience et une demi-heure après le troisième granule, le pouls tombe avant toute nausée; celles-ci surviennent une demi-heure après. A la quatrième heure de l'expérience, le pouls, de 120 au début, tombe à 76. La respiration de 40 tombe à 28. La chaleur s'élève d'abord plus haut qu'au début, mais cela ne dure qu'un instant, et à la septième heure de l'expérience, elle descend à 38°,8, malgré la réaction vespertine.

Chose remarquable : malgré le grand nombre de vomissements, à huit heures le malade se trouve très-soulagé; peu d'oppression; chaleur modérée.

11 mars. Mêmes phénomènes du côté de la poitrine. Cependant le malade a bien dormi et sa respiration est plus libre, moins accélérée, et quoique la chaleur soit revenue, l'état général est beaucoup amélioré. Pouls, 116; température, 40 degrés; respiration, 28.

Le malade est maintenant dans une situation moins extrême et l'indication antipyrétique peut se remplir par des moyens moins rapides; on prescrit :

Herbe de digitale........................	1	gramme.
Infusion................................	120	—
Sirop d'écorces d'oranges................	30	—

A prendre à partir de six heures du soir.

Soir. Pouls, 136; température, 40°,4; respiration, 36.
12 mars. Continuer la même potion.
Matin. Pouls, 132; température, 39°,7; respiration, 40.
Soir. Pouls, 132; température, 39°,6; respiration, 32.
13 mars. Oppression beaucoup moindre. Un peu d'affaissement. Le malade dort d'un sommeil tranquille. Les râles prennent un caractère plus gros; l'expectoration est muco-purulente. Pouls, 112; respiration, 28; température, 38 degrés. Pouls 72; respiration, 36; température, 39 degrés.
14 mars. A partir de ce moment, la température et le pouls tombent rapidement. L'état général s'améliore de plus en plus, les phénomènes stéthoscopiques s'amendent et aujourd'hui, 24 mars, le malade se lève toute la journée et ne conserve plus qu'un léger degré d'enrouement.

L'action du médicament, dans ce cas, ne diffère pas notablement de ce que nous avons vu dans la précédente observation. Le pouls, la respiration et la température baissent simultanément avant qu'il y ait aucune nausée. Le seul point obscur consiste dans l'élévation subite de la température qui, à cinq heures un quart, monte subitement à 41 degrés pour retomber bientôt après.

Cette observation montre aussi la différence d'indication de deux moyens antipyrétiques puissants. Le jour où le danger est pressant, où la rapidité de la circulation et la gêne respiratoire menacent d'asphyxier le malade, on comprend qu'un moyen rapide de perturbation trouve son application. Puis, lorsque l'état général est amélioré, la digitale, avec son action plus sûre, mais plus longue à se faire sentir, viendra terminer la lutte. On peut observer une fois de plus ici que le vératrum agit beaucoup plus sur le pouls que sur la chaleur.

Ces deux observations fournissent un spécimen de l'application de la thermométrie à l'expérimentation thérapeutique. Impossible d'employer sérieusement le vératrum et la digitale si l'on n'a continuellement les yeux sur le thermomètre. Mais comme cette pratique exige du temps, de l'attention et de la précision, on aime mieux, trop souvent, se passer de moyens héroïques et précis pour s'endormir dans les bras de la routine.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Destruction des tumeurs par les injections de pepsine et des autres substances qui servent à la digestion. Le docteur de Castro, médecin à Alexandrie (Egypte), vient de publier sur ce sujet une note intéressante dans *l'Imparziale* dont nous donnons ici un aperçu aux lecteurs du *Bulletin* qui sont déjà au courant de la question, car notre journal avait publié un travail sur les injections de pepsine par les professeurs Thienh et Nussbaum (*Bull. thérap.*, t. LXXII, année 1867).

Obs. La nommée Sethene, femme arabe, âgée de cinquante ans, est affectée depuis plus de deux ans d'une tumeur au sein droit qui a fini par s'ulcérer et produire une émaciation considérable. Le docteur de Castro fit l'extirpation du sein vers le milieu de mars 1868. Le mois de septembre suivant, apparition de deux tumeurs limitées, dures, bilobées, dans le creux axillaire, qui vers la fin d'octobre avaient acquis le volume d'une petite orange. Le docteur de Castro proposa à la malade des injections de pepsine : il se servit à cet effet de pepsine amylacée acide, dont il mit 50 centigrammes dans 1gr,50 d'eau, et les injecta dans la tumeur inférieure à l'aide de la seringue de Pravaz modifiée par Lüer. Une seconde injection pratiquée quarante jours après. Cinq jours après l'opération, la tumeur inférieure avait diminué de moitié et il y avait un petit abcès que le chirurgien ouvrit. Au bout de vingt-trois jours le docteur de Castro fit une nouvelle injection; il en fit une autre et lorsqu'il revit la malade le 22 janvier, c'est-à-dire environ trois mois après la première injection, les tumeurs avaient diminué beaucoup de volume. la malade avait bon teint, ses forces étaient revenues et elle avait pu reprendre son métier très-fatigant.

En ce moment, dit le docteur de Castro, je soigne une couturière de Corfou, âgée de cinquante-six ans, et affectée d'un goitre depuis dix-huit ans. Le goitre avait 18 centimètres dans son diamètre transversal et 8 centimètres et demi dans son diamètre vertical. Le 10 janvier, première injection hypodermique de pepsine; le 15, seconde injection; le 22 janvier, le goitre avait diminué en largeur et ne mesurait plus que 7 centimètres et demi. La malade reste en observation.

L'un des rédacteurs de *l'Imparziale*, dans une note jointe à l'article du docteur de Castro, fait observer que des injections avec le suc gastrique avaient déjà été proposées dans le siècle dernier par Senebier, de Genève, traducteur des œuvres de Spallanzani, qui avait imaginé de profiter de l'action dissolvante du suc gastrique dans le traitement des ulcères cancéreux, mais ces idées étaient entièrement oubliées. (*L'Imparziale*, 16 février 1869.)

De l'usage chirurgical du suc gastrique. Le docteur Lussana, d'après l'instigation duquel le chirurgien Taurini avait employé le suc gastrique dans le cancer, recommande les précautions suivantes :

1° Le cancer doit être dépouillé d'épiderme et d'épithélium qui ne sont pas attaqués par le suc gastrique.

2° Le suc gastrique doit être fourni par un chien robuste, complétement remis de l'opération de la fistule stomacale, c'est-à-dire quelques semaines après l'établissement de cette fistule. Les canules métalliques dont on a l'habitude de se servir sont très-mauvaises, il est bon d'essayer l'activité du suc gastrique par une digestion artificielle.

On dit qu'il faut, pour une quantité donnée de substance albuminoïde, une proportion de 20 à 40 fois plus grande de suc gastrique, mais un bon suc gastrique est capable de digérer un dixième de ces substances. Les injections hypodermiques de suc gastrique échouant dans le cancer, les ulcères syphilitiques sont promptement digérés et détergés en remplissant de suc gastrique l'excavation jusqu'aux bords.

Si le cancer de l'estomac n'est pas

digéré par le propre suc gastrique de l'estomac malade, c'est que le suc gastrique n'a plus ses propriétés physiologiques.

Emploi du sulfite de soude dans la cystite chronique. Les *Archives médicales belges*, février 1869, renferment la note suivante : « On sait depuis longtemps que les sels formés par l'acide sulfureux, pris à l'intérieur, ont la propriété de préserver l'urine normale de la fermentation putride. Partant de ce point, M. Willcoy a pensé que les sels dont il s'agit produiraient le même effet dans les cas de cystite chronique, où, par suite d'une abondante sécrétion de mucus, l'urine se putréfie avant de pouvoir être évacuée, et où les parois de la vessie restent en contact avec un liquide irritant, qui les empêche d'être ramenées à leur état normal. En conséquence, notre confrère anglais a mis en usage le sulfite de soude dans plusieurs cas de cystite chronique qu'il avait en traitement dans son service d'hôpital. Le succès a couronné cette tentative. L'urine, qui était très-alcaline et extrêmement fétide, chargée de pus, et qui pouvait très-difficilement être retenue pendant un quart d'heure, devint rapidement claire, acide, inodore, et put être conservée dans son réservoir pendant deux ou trois heures. Les acides minéraux avaient été employés avec peu de succès dans les mêmes cas, avant qu'on fît usage du sulfite de soude. » (*Union méd.*, 1869, n° 47.)

Occlusion intestinale datant de trente-trois jours ; entérotomie ; guérison et rétablissement du cours des matières. Cette observation très-intéressante a été adressée à la Société de chirurgie par M. le docteur L. Thomas, de Tours. Nous la résumons le plus brièvement possible.

Le malade, instituteur à Eures (Indre-et-Loire), n'avait pas eu d'évacuations intestinales depuis trente-trois jours, malgré des lavements et des purgatifs énergiques plusieurs fois répétés, lorsque M. Thomas et M. le docteur Maugeret furent appelés auprès de lui par son médecin, M. Touchard, le 18 décembre dernier. Le ventre, énormément tuméfié, contrastait par son volume avec la maigreur excessive du reste du corps ; à travers sa paroi amincie et distendue on voyait se dessiner en relief les anses intestinales doublées de volume; les gaz en se déplaçant changeaient par instants la forme de l'abdomen, suivant que, se portant dans des points différents du canal intestinal, ils en distendaient davantage telle ou telle partie ; dans ces moments il survenait de vives douleurs qui arrachaient des cris au malade. La face est grippée, le pouls petit, les forces considérablement affaiblies. La veille, il y avait eu des vomissements fécaloïdes. M. Touchard, avant l'apparition des accidents, alors qu'il n'y avait encore que la constipation, avait constaté qu'il n'y avait de tumeur appréciable en aucun point ; de plus, l'absence d'hémorrhagie, l'intermittence des accidents éloignaient l'idée d'une lésion organique. Par le toucher rectal, M. Thomas s'assura que l'obstacle n'était pas accessible au doigt.

Comme il n'existait aucun signe de péritonite, M. L. Thomas proposa l'entérotomie, qui, acceptée par le malade, fut immédiatement pratiquée sans administration préalable de chloroforme.

Le côté droit fut incisé selon les règles jusqu'à l'intestin. Le cœcum énormément distendu s'étant présenté entre les lèvres de la plaie, fut ouvert et fixé à la paroi abdominale par six points de suture. Il en sortit une quantité considérable de matières, évaluée à environ 14 ou 15 livres. Soulagement immense à la suite et bon état; dès le 23 la perméabilité de l'intestin était rétablie.

Mais le 10 janvier, réapparition des accidents, l'obstacle cette fois siégeant à l'S iliaque, où des matières s'étaient accumulées. On parvint à en triompher en introduisant deux fois par jour la sonde œsophagienne par l'anus jusqu'au delà de l'obstacle et en injectant des lavements. Grâce à ce moyen, les selles se rétablirent ; l'écoulement des matières par l'anus artificiel devint de jour en jour moins abondant et cessa bientôt presque complétement. Le 4 mars l'opéré vint à Tours se montrer à M. Thomas. L'anus artificiel n'était plus, à cette époque, qu'un pertuis étroit ne donnant lieu à aucun écoulement ; par prudence, on le laissera subsister encore quelques mois.

Cette observation est un nouvel exemple montrant que le chirurgien peut intervenir avec succès, par l'en-

térotomie, dans les cas d'occlusion intestinale, pourvu qu'il n'existe pas de péritonite. M. L. Thomas pense qu'en l'absence de signes et de renseignements pouvant faire connaître le siége de l'obstacle, l'entérotomie doit être pratiquée de préférence à droite, afin de rechercher le cœcum, qui se présentera entre les lèvres de l'incision dans le cas où l'arrêt a son siége dans le gros intestin. (*Société de chirurgie*, 28 avril 1869).

Encore les sévices du vésicatoire. A l'appui de la note sur ce sujet, publiée récemment par M. Fonssagrives dans la *Gazette hebdomadaire* et reproduite dans un de nos derniers fascicules, nous empruntons la brève mention du fait suivant à la clinique de M. Peter.

Un vieillard atteint de bronchopneumonie, auquel on avait appliqué un large vésicatoire sur la poitrine, a succombé... à la gravité de sa maladie sans doute, mais aussi, il faut le dire, à la grave complication de gangrène survenue sur la plaie du vésicatoire et d'un érysipèle circonvoisin.

Le professeur ne voulant pas que ce fait soit perdu pour l'enseignement, en a pris occasion de rappeler cette règle générale, de n'appliquer qu'avec une grande circonspection des vésicatoires chez les vieillards, chez les enfants et chez les sujets cachectiques; et, lorsqu'il y a indication impérieuse de recourir à cette médication, d'éviter au moins les applications trop larges et surtout trop prolongées. Il importe dans ces circonstances de ne jamais laisser les vésicatoires assez longtemps pour qu'ils puissent léser le derme. M. Peter recommande particulièrement pour les enfants un procédé qu'il met habituellement en pratique, et qui consiste à surveiller de près l'action du vésicatoire, en le soulevant de temps en temps pour en constater les effets, et à l'enlever dès qu'on commence à apercevoir la frisure de l'épiderme. Il suffit alors, après avoir ainsi enlevé l'emplâtre vésicant, de le remplacer par un cataplasme, pour voir se produire une sécrétion suffisamment abondante de sérosité et obtenir de la vésication tout l'effet qu'on en désire, sans avoir à en craindre les inconvénients.

Ce procédé, qui est employé par bon nombre de praticiens, n'est pas encore suffisamment connu, nous avons lieu de le penser. C'est pourquoi nous saisissons cette occasion de le recommander à l'attention de ceux de nos confrères qui n'y auraient pas encore eu recours. (*Gazette des hôpitaux*, 1869, n° 50.)

Deux cas de tétanos guéri par l'aconit, par Wunderlich.

1. Enfant de quatorze ans, atteint de tétanos traumatique à forme très-douloureuse. Le mal est caractérisé par l'opisthotonos, la contracture d'un grand nombre de muscles, particulièrement de ceux de la face, enfin par des convulsions réflexes spontanées et multiples. En même temps, sueur profuse et éruption miliaire confluente. Au début température presque normale (37°,4 à 38°,5) et exagération à peine appréciable de la fréquence du pouls. La plaie, point de départ de la maladie, n'offre rien de spécial. On administre la morphine à la dose de 1 à 5 centigrammes; on fait prendre des bains à 34 degrés. La plupart des symptômes s'atténuent, mais momentanément. L'aconit est administré (10 gouttes de teinture quatre fois par jour, ce qui équivaut, à la fin du traitement, à 24 grammes de teinture et à 2 grammes d'extrait). Durant la diminution des symptômes, température normale (37°2 à 37°5) et ralentissement du pouls, qui tombe audessous de la moyenne ordinaire.

11. Homme de trente ans, peu vigoureux, ayant les poumons malades. Tétanos spontané généralisé. Trismus et opisthotonos prononcés; en même temps contracture d'un grand nombre d'autres muscles; convulsions réflexes spontanées et multiples; éruption miliaire et sueur abondante; température à peine fébrile, 38°,3; pouls faiblement accéléré. Une pneumonie intercurrente ne modifie pas les convulsions; mais elle élève un peu la température, 38°,5 à 38°,6, et détermine un léger mouvement fébrile. La température tombe bientôt à 37°,7, et le pouls diminue de fréquence. La morphine, administrée à l'intérieur au début, et plus tard en injections, le chloroforme en frictions sur les parties convulsées et en embrocations sur le reste du corps, amènent une amélioration, mais seulement passagère. L'emploi de l'aconit change au contraire complétement l'état du malade: 5 gouttes administrées trois fois par jour, en tout 10g,8 de teinture. Au début de l'amélioration et pen-

dant sa durée, la température est normale (36°,8 à 37°,5); la fréquence du pouls est plutôt au-dessous de la moyenne.

Que penser quant à la réalité de l'influence de l'agent mis en œuvre, nous voulons dire de l'aconit, sur la guérison dans ces deux cas ? La réponse n'est pas facile : car d'une part nous voyons le tétanos guérir à la suite de l'emploi de bien des moyens très-divers, opiacés, belladone, quinine, chloroforme, bains de vapeur, etc.; et d'autre part, ce que nous savons de la valeur de nos préparations d'aconit en France ne nous inspire qu'une médiocre confiance dans ce médicament, tel que nous l'avons à notre disposition. Toutefois, en tenant compte, comme il convient, de ce fait que dans ces cas l'amélioration a commencé à se montrer aussitôt après l'administration de l'aconit; tenant compte aussi des propriétés vénéneuses de cette plante, nous ne pouvons révoquer en doute qu'elle ne soit pourvue d'une action parfaitement réelle; reste à savoir si cette action est applicable avec avantage dans le tétanos. C'est ce que d'autres observations, basées sur l'emploi de préparations bien faites, pourront nous montrer plus tard. (*Journal central de médecine de Berlin*, et *Union méd.*, 1869, n° 53.)

L'ergot de seigle contre les anévrysmes internes. Fondé sur la propriété hémostatique de l'ergot de seigle par son action contractile sur la fibre musculaire, M. le professeur Langenbeck vient d'appliquer cet agent avec succès à la cure des anévrysmes internes, ainsi qu'il résulte d'un mémoire lu à la Société médicale de Berlin. Il s'agissait d'un anévrysme de la sous-clavière droite dont le malade, âgé de quarante-cinq ans, était atteint depuis 1864. Une opération n'étant pas indiquée à cette époque, le célèbre chirurgien se borna à l'application de quatre moxas sur la tumeur, afin d'y déterminer une suppuration prolongée. Une grande amélioration s'ensuivit, et les douleurs intenses du membre correspondant disparurent. Jusqu'au milieu de 1868, le malade put ainsi reprendre ses occupations, la tumeur étant diminuée de volume, indolente, mais toujours pulsatile. Mais elle augmenta rapidement durant les chaleurs de l'été, les battements devinrent plus intenses et douloureux, et, au mois de janvier, le malade se représenta à l'hôpital. L'anévrysme avait repris son volume primitif au-dessus de la clavicule, et les pulsations en étaient si fortes qu'il semblait prêt à se rompre sous la main. La douleur du bras droit était telle, qu'elle empêchait le sommeil depuis plusieurs mois. Le malade était obligé de se tenir sur son séant, incliné à droite, et la faiblesse de la main, tout atrophiée, l'empêchait d'écrire.

Le 6 janvier, M. Langenbeck fit une injection de 5 centigrammes d'extrait aqueux d'ergot de seigle sous la peau recouvrant la tumeur avec le mélange suivant :

Extrait de Bonjean....	2,5
Esprit-de-vin et glycérine, *àà*..........	7,5

La diminution de la douleur fut telle que, un ou deux jours après, l'opéré dormait tranquillement. Tous les trois jours ces injections furent renouvelées en augmentant graduellement la dose du médicament jusqu'à 18 centigrammes, de manière que, au 17 février, 2 grammes avaient été employés. L'amélioration aussi était croissante, et le malade pouvait maintenant écrire une longue lettre. Quoique très-distincts encore, les battements étaient beaucoup plus faibles et moins étendus. Aucun effet général du médicament ne fut observé.

Entre autres considérations venant corroborer l'efficacité de ce nouvel emploi de l'ergotine, M. Langenbeck cite en post-scriptum le cas d'un charpentier de quarante-deux ans, admis le 16 février dans sa clinique pour une blessure de l'épaule gauche reçue deux jours avant. L'examen décela un anévrysme de la radiale droite à environ 3 centimètres au-dessus du poignet, que le blessé déclara avoir depuis vingt ans environ. La tumeur avait acquis graduellement le volume d'une noisette, et était le siége de battements. Le lendemain, 15 centigrammes de la solution précédente furent injectés sous la peau de la tumeur, et, dès le lendemain, elle était disparue complétement. A sa sortie, vingt-neuf jours après l'injection, la radiale était dans son état normal, sans que la flexion des doigts causât la projection, la saillie de la

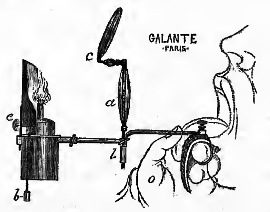
tumeur, comme cela avait lieu avant l'injection. (*Wochenschr.*, n° 12.)

Émanant d'un clinicien aussi consommé, ces observations ont une valeur qui exclut le doute et qui commende au contraire de les répéter. (*Union médicale.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Nouvel appareil pharyngo-laryngoscopique. M. Galante présente un nouvel appareil pharyngo-laryngoscopique qu'il a construit sur les indications de M. le docteur Ch. Fauvel.

Cet appareil, inhérent aux laryngoscopes habituellement en usage, remédie aux inconvénients suivants: 1° l'impossibilité d'examiner le malade debout ou couché; 2° la difficulté de se procurer une lampe convenable; 3° le temps perdu à mettre cette lampe en état de servir.



Ce nouveau laryngoscope est composé: 1° d'un tire-langue, sur lequel la langue est attirée et fixée à l'aide du pouce de la main gauche; 2° d'une lentille bi-convexe surmontée d'un miroir plan, à inclinaison variable, et enfin d'une lampe à essence minérale, qui, sous un très-petit volume, donne un éclairage suffisant pour bien voir dans le miroir laryngien. toutes les parties de la glotte, et au besoin y porter des topiques.

La main gauche de l'opérateur supporte l'appareil et maintient la langue abaissée; la main droite applique le miroir laryngien, qui est vivement éclairé par la lentille susindiquée. Le miroir plan, incliné convenablement, permet au malade de voir l'image de son larynx.

Cet appareil a été expérimenté à la clinique de l'auteur, M. le docteur Ch. Fauvel, et à l'hôpital du Gros-Caillou, dans le service de M. le docteur Liebermann.

VARIÉTÉS.

Jeudi dernier a eu lieu la réception de M. Cl. Bernard à l'Académie française. Notre éminent confrère a reçu l'accueil le plus sympathique, et M. Patin, qui lui a répondu, a su le louer avec un tact exquis et une grâce parfaite.

Le discours de l'éminent physiologiste n'a été que l'exposé de sa profession de foi scientifique, et nous sommes heureux de pouvoir donner à nos lecteurs la péroraison de ce magnifique discours:

« Quelles sont les limites des sciences? de quelle nature sont les rapports qui les unissent? Ces questions restent en quelque sorte toujours présentes, et elles ont été de tout temps l'objet des méditations des esprits éminents.

« On ne saurait fixer le nombre des sciences, parce qu'elles sont le résultat du morcellement successif des connaissances humaines, par notre esprit borné, en une foule de problèmes séparés. Néanmoins on a distingué deux ordres de sciences : les unes partant de l'esprit pour descendre dans les phénomènes de la nature, les autres partant de l'observation de la nature pour remonter à l'esprit. Leur point de départ est différent, mais le but est le même : la recherche et la découverte de la vérité. Ce sont les ténèbres de notre ignorance qui nous font supposer des limites entre ces deux ordres de sciences.

« Dans l'étude des sciences, notre raison se débat entre le sentiment naturel qui nous emporte à la recherche des causes premières, et l'expérience qui nous enchaîne à l'observation des causes secondes. Toutefois les luttes de ces systèmes exclusifs sont inutiles, car dans le domaine de la vérité chaque chose doit avoir nécessairement son rôle, sa place et sa mesure.

« Notre premier sentiment a pu nous faire croire qu'il nous était possible de construire le monde *à priori*, et que la connaissance des phénomènes naturels, en quelque sorte infuse en nous, s'en dégagerait par la seule force de l'esprit et du raisonnement. C'est ainsi qu'une école philosophique, célèbre en Allemagne, au commencement de ce siècle, est arrivée à dire que la nature n'étant que le résultat de la pensée d'une intelligence créatrice, d'où nous émanons nous-mêmes, nous pouvions, sans le secours de l'expérience et par notre propre activité intellectuelle, retrouver les pensées du Créateur. C'est là une illusion. Nous ne pourrions pas même concevoir ainsi les inventions humaines, et, s'il nous a été donné de connaître les lois de la nature, ce n'est qu'à la condition de les déduire par expérience de l'examen direct des phénomènes, et non des seules conceptions spéculatives de notre esprit.

« La méthode expérimentale ne se préoccupe pas de la cause première des phénomènes, qui échappe à ses procédés d'investigations ; c'est pourquoi elle n'admet pas qu'aucun système scientifique vienne lui imposer à ce sujet son ignorance, et elle veut que chacun reste libre dans sa manière d'ignorer et de sentir. C'est donc seulement aux causes secondes qu'elle s'adresse, parce qu'elle peut parvenir à en découvrir et à en déterminer les lois, et celles-ci n'étant que les moyens d'action ou de manifestation de la cause première, sont aussi immuables qu'elle, et constituent les lois inviolables de la nature et les bases inébranlables de la science.

« Mais nos recherches n'ont point atteint les bornes de l'esprit humain : limitées par les connaissances actuelles, elles ont au-dessus d'elles l'immense région de l'inconnu qu'elles ne peuvent supprimer sans nuire à l'avancement même de la science.

« Le connu et l'inconnu, tels sont les deux pôles scientifiques nécessaires. Le connu nous appartient et se dépose dans l'expérience des siècles. L'inconnu seul nous agite et nous tourmente, et c'est lui qui excite sans cesse nos aspirations à la recherche des vérités nouvelles dont notre sentiment a l'intuition certaine, mais dont notre raison, aidée de l'expérience, veut trouver la formule scientifique.

« Ce serait donc une erreur de croire que le savant qui suit les préceptes de la méthode expérimentale doive repousser toute conception *à priori*, et imposer silence à son sentiment pour ne plus consulter que les résultats bruts de l'expérience. Non, les lois physiologiques qui règlent les manifestations de l'intelligence humaine ne lui permettent pas de procéder autrement qu'en passant toujours et successivement par le sentiment, la raison et l'expérience ; seulement, instruit par de longues déceptions et convaincu de l'inutilité des efforts de l'esprit réduit à lui-même, il donne à l'expérience une influence prépondérante, et il cherche à se prémunir contre l'impatience de connaître, qui nous pousse sans cesse vers l'erreur. Il marche avec calme et sans précipitation à la recherche de la vérité ; c'est la raison ou le raisonnement qui lui sert toujours de guide, mais il l'arrête, le retient et le dompte à chaque pas par l'expérience ; son sentiment obéit encore, même à son insu, au besoin inné qui nous fait irrésistiblement remonter à l'origine des choses, mais ses regards restent tournés vers la nature, parce que notre idée ne devient précise et lumineuse qu'en retournant du monde extérieur au foyer de la connaissance qui est en nous, de même que le rayon de lumière ne peut nous éclairer qu'en se réfléchissant sur les objets qui nous entourent. »

Pour les articles non signés : F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Une pratique de quarante ans au sujet de la pneumonie (1);

Par le docteur DAUVERGNE père, médecin de l'hôpital de Manosque et des épidémies de l'arrondissement de Forcalquier, etc.

(3e article.)

Pathogénie de la pneumonie. — Jusqu'à présent la pneumonie a été et est encore une inflammation pour les médecins. Jusque-là le mal ne serait pas grand; mais ce qui en devient un très-grand, c'est d'interpréter à l'inverse les phénomènes physiologiques de cette inflammation. On la regardait comme un excès de vitalité organique, partant comme une entité morbide réagissant par une activité propre sur le reste de l'organisme, activité qu'on exprimait par cette maxime aussi vieille que la médecine : *Ubi stimulus, ibi fluxus.* Or tout prouve aujourd'hui, clinique, physiologie, anatomie pathologique, que ce vieil adage doit être remplacé par cette loi opposée : *Ubi laxus, ibi fluxus.*

En effet, j'ai rapporté en 1853, dans mon *Hydrothérapie générale*, des faits cliniques qui me conduisaient à dire « que la cause de l'inflammation n'était pas dans la sensibilité organique augmentée, comme le voulait Bichat, ni dans l'irritation, ainsi que l'indiquait Broussais, mais bien dans les liquides et la faiblesse des capillaires.

Cette manière de voir, que je tirais de l'analyse des faits, ne fait plus question depuis les beaux travaux de M. Claude Bernard sur les nerfs vaso-moteurs et leur paralysie; et cependant les résultats auxquels il est arrivé n'étaient plus une nouveauté, puisque, avant que l'observation et la force de l'induction m'y amenassent moi-même, Vacca, en 1765, à Florence, a soutenu le premier qu'« une congestion ou *demi-stagnation* de sang ne peut se manifester dans une partie du corps sans y produire *une débilité absolue ou relative.* » J. Thompson, dans son *Histoire de l'inflammation*, a dit : «Dans l'état de santé, *la résistance à la distension est égale à la force d'impulsion;* quand cette résistance devient inférieure, la distension

(1) Suite et fin; voir la livraison du 15 mai, p. 385.

doit nécessairement avoir lieu ; mais *une diminution de la force de résistance* ne peut provenir que de la débilité (1). »

Philippe Wilson, Hastings, Gruithuisen, Kalterbrunner, Kock, Magendie, M. Lebert arrivent aux mêmes conclusions après leurs expériences ; tandis que notre spirituel secrétaire général de l'Académie de médecine, M. Dubois (d'Amiens), résume ainsi la question : « La congestion est un phénomène tout mécanique : le sang afflue là où il trouve moins de résistance. » — *Préleçons de pathologie expérimentale* (2).

Depuis, M. Robin, aidé des expériences de MM. Legros, Onimus, Stricker (de Vienne), Max. Schültze, Brücke, etc., a complété la théorie de l'inflammation et prouvé que, dans la stase sanguine, les capillaires deviennent jusqu'à cinq et dix fois plus volumineux qu'à l'état normal ; que ces troubles circulatoires modifient les échanges des matériaux nutritifs et déterminent à la suite la génération d'éléments anatomiques nouveaux (3) ; néoplasies ou hyperplasies dont les proliférations peuvent rentrer alors dans la théorie cellulaire de Virchow, sans admettre encore, comme lui, un stimulus imaginaire, l'irritation.

Pendant que les physiologistes éclaircissaient ce côté de la question, les cliniciens la complétaient. En effet, ils ont constaté que la fièvre précédait la congestion et que toujours l'exsudat qui résultait de la phlegmasie ne diminuait qu'après la fièvre, c'est-à-dire après que le pouls et la température avaient baissé.

De pareils faits on peut au moins déjà induire pour la pneumonie ce que M. Peter disait du rhumatisme dans une de ses dernières leçons : que phénomènes locaux et fièvre ne font qu'un.

En effet, si la fièvre, qui est représentée par l'accélération de la circulation et l'augmentation de la chaleur, a précédé la stagnation sanguine pulmonaire, il est facile de comprendre que plus la chaleur générale augmente sous l'impulsion des ondées sanguines, plus la stagnation phlegmasique s'agrandit, toujours en proportion du manque de résistance des capillaires de l'organe. La fièvre est le phénomène pathologique primordial, et la résolution de la phlegmasie est toujours précédée par la défervescence. Voici, en effet, comment M. le professeur Hirtz (de Strasbourg) résume ces sortes d'observations :

(1) Traduction de Boisseau et Jourdan, p. 39.
(2) Voyez notre *Hydrothérapie générale*, Prolégomènes, p. XVIII. Paris, 1853.
(3) Robin, *Leçons sur les vaisseaux capillaires et l'inflammation*, 1867.

« Quant à la résolution de l'hépatisation, elle n'a commencé à se manifester que deux jours après la chute du pouls et de la température, ce qui semble prouver que la maladie locale n'est pas la condition unique de la fièvre. Il arrive ici ce qu'ont déjà constaté les recherches de MM. Traube, Bærensprung, Jochmann sur la température fébrile, dont l'abaissement précède ordinairement et souvent assez longtemps l'amendement du travail local (1). »

De tous ces faits et phénomènes il résulte que les indications thérapeutiques qui peuvent se tirer de l'état physiologico-pathologique de la pneumonie consistent à diminuer la rapidité de la circulation, l'élévation de la température animale, et d'augmenter ou au moins de soutenir la contractilité organique.

Les faits que nous avons produits et qu'a si bien exposés M. le professeur Hirtz ne laissent point de doute quant à l'obligation de faire céder la rapidité de la circulation et l'élévation de la température animale pour voir s'effectuer la résolution de l'exsudat pulmonaire, puisque ce sont des phénomènes qui s'enchaînent et se suivent. La contractilité que nous invoquons est plus obscure et ne serait presque qu'un être de raison, si les expériences de M. Marey ne la dévoilaient sous le nom de *tension vasculaire*. Mais elle est si bien la conséquence des faits, l'aboutissant de tous les phénomènes, qu'elle deviendrait une nécessité de logique, un principe absolu et obligé, si certains faits ne la montraient même directement. Voici précisément l'histoire d'une pneumonie qui met dans toute son évidence cette propriété physiologique curatrice.

Obs. XX. En 1852, un tambour du 8e léger est pris, à Toulon, de pneumonie. Il est traité par les saignées, les sangsues, le tartre stibié. Il sort de l'hôpital avant une entière guérison ou pendant une convalescence incomplète, pour rejoindre son régiment à Manosque. Dans sa route il est pris de nouveau et est obligé de s'arrêter à Valensolle, Digne et Les Mées, où il est aussi saigné. Enfin il arrive à Manosque pour s'aliter aussitôt, et là on le traite pendant un mois par les saignées et de larges vésicatoires ; puis on l'abandonne, ne sachant plus que faire. Je prends le service sur ces entrefaites et je trouve ce jeune homme crachant journellement une masse de sang rouge qu'il estime à près d'un litre. Tout son côté droit est si sensible que je puis à peine le percuter. Il est mat presque jusqu'au sommet, où on entend quelques râles à grosses bulles ; en

(1) *Bull. de Thérap.*, t. LXII, p. 197.

bas, absence même de souffle. Le pouls est petit, fréquent, la chaleur sèche; et quoique le malade soit vif et énergique, il est abattu, triste, pâle, très-amaigri. Que faire ? Revenir aux saignées, aux antimoniaux ? Il n'était guère possible que cet organisme épuisé en supportât le choc ; la digitale n'avait encore été préconisée par personne. Découragé, comme le confrère qui le soignait auparavant, je restai deux jours aussi sans rien faire, lorsque, ému de voir mourir ainsi un jeune homme intéressant, pénétré déjà alors des phénomènes physiologico-pathologiques dont il est question, puisque je les ai montrés sous toutes leurs faces dans mon *Hydrothérapie générale* et que j'y écrivais, à propos de ce fait, que « toute hyperémie est le résultat d'une condition asthénique des tissus, ce qui ne veut pas dire avec Brown que toute la maladie soit asthénique, mais seulement les tissus de la partie malade » (ouvr. cit., p 169), je lui ordonnai, pour solliciter la contractilité locale, s'opposer ainsi à la stagnation sanguine et provoquer l'absorption de cet exsudat prodigieux et ancien, d'appliquer pendant une heure, deux ou trois fois par jour, des serviettes trempées dans de l'eau froide, et souvent renouvelées, sur le côté de la poitrine phlegmasiée, et en même temps de tenir les pieds et les jambes dans de l'eau entretenue chaude, pour porter les liquides loin de la poitrine, y diminuer partant l'afflux, la chaleur, et aider à la contractilité des tissus en y éloignant les liquides.

Deux ou trois jours après, les crachats de sang rouge et vermeil furent remplacés par des crachats noirâtres, puis jus de pruneaux, résultat de l'ancien exsudat : preuve du retour de la contractilité organique, puisqu'il n'y avait plus de sang rouge nouvellement épanché, mais au contraire du sang dilué d'une stagnation ancienne. Peu à peu la sensibilité de la poitrine disparut, ainsi que la matité; puis divers râles témoignèrent de la perméabilité du poumon, et dix jours après, le malade se trouvait bien. J'omets de dire que pendant tout ce temps il ne prit que de l'eau gommée froide et du lait.

Alors, dans la pensée d'obtenir une révulsion cutanée générale, et partant plus puissante, pour détourner cette ancienne habitude de stagnation sanguine dans le poumon, je lui fis pratiquer des frictions générales à l'eau froide puis l'emmaillottement dans la couverture de laine. Mais en ramenant ainsi la chaleur, je ramenai également la fièvre et le crachement de sang, et fus obligé de m'en tenir encore longtemps à ma première pratique, qui finit par amener une guérison complète (1).

Voilà qui montre le cercle complet des phénomènes physiologico-pathologiques et thérapeutiques de la pneumonie : contractilité locale relevée, résolution ; mouvement circulatoire, chaleur

---

(1) Voir, pour plus de détails, mon *Hydrothérapie générale*, p. 174.

animale augmentés, contractilité diminuée ; conséquences : fluxion et stagnation.

Des effets physiologiques produits par la saignée dans la pneumonie. — Rappelons en deux mots les conclusions que nous avons tirées de nos faits par les paroles mêmes d'autres auteurs, afin de leur donner une double valeur :

« Par suite de l'emploi des émissions sanguines, la durée de la maladie s'allonge et surtout la période de la convalescence qui s'y ajoute, et qui peut durer encore de quinze à trente jours (1). »

M. Jaccoud, dans une de ses leçons, a dit : « Pour que la résolution d'une pneumonie se fasse, il faut que l'organisme ait une force déterminée (2). »

Ce qui revient presque à dire, comme M. Bennett (d'Edimbourg), que « les débilitants ne prolongent pas seulement les périodes aiguës des maladies, ils prolongent encore la convalescence (3). »

Point n'est besoin de reproduire ici les statistiques de Razori, Laënnec, Louis, Grisolle, Skoda, Dielt (de Vienne), Bennett (d'Edimbourg), Barthez, etc.; tout cela est connu, ainsi que les trois mille cas de Magnus Huss et les résultats de presque toute l'Allemagne, qui arrivent également à nos conclusions. Il s'agit donc pour nous de voir maintenant si les phénomènes physiologiques produits par les saignées s'accordent avec la statistique, c'est-à-dire si nous pouvons nous rendre raison de leurs fâcheux effets.

Or, pour l'examen complet de la question physiologique, je ne puis que renvoyer aux pages de notre rédacteur en chef du *Bulletin* (t. LXXV, p. 241-257). Je dois me borner ici à étudier les effets que j'ai vu déterminer dans la pneumonie par les spoliations sanguines.

Ces effets sont le contraire de ce que l'on en attendait : l'élévation et la rapidité du pouls, effets d'autant plus sensibles et plus marqués, que la perte de sang a été plus abondante et plus subite. Tout cela est confirmé non-seulement par nos observations, mais même par celles des auteurs qui ne s'apercevaient

---

(1) Barthez, *des Résultats obtenus par l'expectation dans la pneumonie*; compte rendu du rapport de M. Blache à l'Académie (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XXXV, p. 518).

(2) Jaccoud, *Leçons de clinique médicale*.

(3) *Traitement de la pneumonie par la méthode restaurative.*

pas de la signification du phénomène et qui l'inscrivaient par la force de l'évidence, la bonne foi de l'exactitude (exemple : observations de la clinique d'Andral) ; tandis que de nos jours les expériences de Hales, Marey et autres l'ont démontré sans réplique : la saignée diminue la tension vasculaire, d'où cette loi de Marey : *La fréquence du pouls est en raison inverse de la tension artérielle.*

Le fait est donc certain ; mais il faut maintenant entrer dans le phénomène lui-même et en montrer les effets sur l'organisme et ses conséquences sur la maladie.

Or il résulte de toutes les observations que nous avons déjà produites et de leurs analyses : que la résolution d'une pneumonie ne peut se faire sans ralentissement du pouls, sans abaissement de la température, conditions indispensables pour que la contractilité organique se relève et devienne curatrice.

Nous voyons donc ici, au contraire, l'élévation du pouls et sa rapidité augmenter. N'en serait-il pas de même de la température ?

Disons d'abord que tous les praticiens ont remarqué, et que M. Grisolle l'a particulièrement constaté, que la saignée ne supprimait pas la sueur. J'ai vu, au contraire, très-souvent après la phlébotomie, une sueur profuse ; et comment en serait-il autrement avec la rapidité de la circulation augmentée, la diminution de la tension vasculaire (Marey), que l'on expliquait très-bien en clinique depuis longtemps par une détente générale ?

Ainsi, il y a quelques années que je fus appelé par un confrère auprès d'une femme en couches qui avait une perte irréductible. Nous fûmes cependant assez heureux pour l'arrêter au moyen d'une compression de l'aorte abdominale, selon la méthode de Baudelocque neveu. Après cette hémorrhagie, le pouls fut misérable, la peau froide pendant quelques heures, mais après il se releva d'une manière telle que je trouvai la femme avec les pommettes rouges, baignée de sueur, avec une chaleur que l'on peut dire extrême. Le pouls était large, extraordinairement développé. Je fus effrayé d'une pareille réaction que je compris au delà de toute proportion. En effet, ce n'était ni plus ni moins que la lutte de l'agonie, les derniers efforts de l'organisme dans lesquels cette femme succomba.

A la suite d'une saignée, la chaleur diminue de quelques dixièmes seulement, comme l'ont prouvé Thomas, Bærensprung et Hirtz, mais cet abaissement de température n'est que transitoire, il

ne dure que six à huit heures, dix au plus, et la chaleur revient un peu plus élevée par suite de l'activité des combustions qui se sont produites sous l'influence de la déplétion sanguine. La saignée, qui est anticalorique, n'est pas pour cela antifébrile, car la fièvre indique dans la pneumonie la formation d'un exsudat qui, une fois résorbé, doit être éliminé par une évolution régulière, fatale, et qui exige une certaine force de résistance de la part de l'individu malade. Le principal danger de la saignée est de produire la dénutrition des tissus ; elle agit alors dans le même sens que la fièvre. qui produit une dénutrition prompte, rapide ; et c'est pourquoi les saignées doivent être ménagées avec la plus grande prudence, et doivent être réservées à des cas tout particuliers et bien spécifiés.

Après qu'on a eu toujours dit : *Sanguis moderator nervorum,* Traube (de Berlin) a découvert que le nerf vague était un nerf modérateur du cœur, et MM. Betzol et Cyon ont démontré que lorsque le sang *avait perdu ses globules, il surexcitait les nerfs accélérateurs du cœur,* qu'il reçoit des ganglions cervicaux inférieurs et dorsaux supérieurs du grand sympathique.

Voilà d'abord qui rend raison de l'accélération de la circulation à la suite de la saignée et qui indique que cette accélération est un signe de faiblesse organique, de révolte du système nerveux. Si à cela on ajoute que M. Marey a prouvé la diminution de la tension artérielle à la suite des saignées, il restera démontré que cette action de la saignée sur le système nerveux abaisse la contractilité organique en général et celle des vaisseaux sanguins en particulier.

L'observation directe le prouve, puisque la température augmente toujours pour ainsi dire jusqu'à la mort. En effet, M. Georges Bergeron, dans des expériences faites sous les inspirations cliniques de M. Charcot, trouve que « l'échelle thermographique s'élève de 40, 41 degrés dans l'accroissement de la maladie, tandis qu'elle descend de 38, 37 degrés, lorsque commence la résolution et surtout la convalescence ; qu'au contraire elle monte jusqu'à 42°,2 ou 3/5, sans s'abaisser jamais au-dessous de 39 degrés, quand la maladie doit avoir un issue funeste, et cela pendant que dans les quelques heures qui précèdent la mort elle se maintient à 40, 41 degrés (1). »

(1) *Gazette des hôpitaux,* n° 70, 1866.

Si maintenant on ajoute que jamais la chaleur s'élève alors que le mouvement circulatoire se ralentit, mais qu'au contraire c'est la rapidité de la circulation qui précède l'élévation de température, on sera bien prêt d'attribuer cette dernière à la rapidité de la circulation. Il est si vrai, d'ailleurs, que ce sont là des phénomènes corrélatifs, que M. le professeur Sée, dans une de ses dernières leçons, disait : « Le thermomètre n'indique que l'augmentation de la chaleur, mais cette augmentation tient sous sa dépendance tous les phénomènes qui constituent la fièvre : l'état du pouls, de la circulation, du système nerveux, et l'état général du sujet (1). » Donc aussi, en tenant compte du pouls, on tient compte de la calorification. Tout est cercle dans notre organisme.

Enfin que dirons-nous de cette production toujours croissante de fibrine dont témoigne la couenne du sang à mesure que l'on multiplie les saignées. On ne peut, je crois, contrairement aux diverses conclusions qu'on en tirait jadis, s'expliquer cette action des saignées que d'une manière fâcheuse pour l'organisme et funeste à la maladie. Cette augmentation n'est que la conséquence d'une exaltation d'absorption interstitielle qu'emploie l'organisme pour réparer le dommage qu'on lui fait subir par des spoliations intempestives. Puis, cette fibrine, au lieu de fabriquer de nouveaux globules, contribue au contraire à augmenter l'exsudat pathologique? Ce fait de l'apparition de cette couenne ne saurait donc témoigner que d'un effort réparateur, d'une lutte contre des spoliations hors de propos.

Des effets physiologiques produits par les antimoniaux associés à la digitale pour faciliter le mouvement organo-fonctionnel médicateur dans la pneumonie. — Si l'on analyse les observations que nous avons produites, si l'on cherche les conclusions de ce travail, si l'on veut se rendre compte du but vers lequel a tendu la pratique de tous les temps, si l'on veut s'expliquer la tendance scientifique et pratique du moment, on découvrira que toujours on a cherché à diminuer la fièvre de la pneumonie, à ce point qu'aujourd'hui divers praticiens veulent en faire une méthode particulière, qu'on désigne du nom significatif *d'antipyrétique*.

Les saignées, tout en s'adressant à la pneumonie même, passaient encore pour le meilleur antipyrétique; et ce qui induisait en erreur, c'était le soulagement momentané qu'elles produisaient.

---

(1) *Bull. de Thérap.*, t. LXXVI, p. 147.

La réaction qui suivait cette sédation était mise sur le compte de l'action propre de la pneumonie.

Aujourd'hui, j'ai lieu de croire que notre travail démontrera sans réplique que ces fausses manières d'interpréter les phénomènes avaient dévié la pratique, et, par conséquent, qu'on ne saurait retomber de nouveau dans de telles erreurs ; tandis qu'il sera aussi parfaitement établi qu'il s'agit de diminuer la fièvre pour obtenir la résolution de la pneumonie, de même que nous entendons tous par *fièvre* l'augmentation de la fréquence du pouls et surtout l'élévation de la chaleur.

Mais si nous nous accordons sur ces deux phénomènes, les plus saillants, les plus manifestes, sont-ils les seuls ? Ceux-ci par leurs effets, par leurs conséquences, l'enchaînement inévitable de fonction à organe et d'organe à fonction, n'aboutissent-ils pas nécessairement à favoriser la distension des vaisseaux, la diminution de la contractilité générale et faciliter ainsi l'exsudat pathologique ? Comme nous l'avons vu, la fièvre précède le plus souvent, sinon toujours, la lésion locale. La fièvre est donc elle-même la maladie plutôt que l'exsudat pulmonaire.

Le problème serait donc de détruire cette fièvre. Mais le doit-on ? Le peut-on ?

L'organisme a des lois physiologiques et pathologiqnes auxquelles il est forcé d'obéir ; et si d'un côté nous avons vu les saignées contrarier ces lois, si, de l'autre, nous voyons que l'expectation, en les respectant, loin d'être toujours funeste, est souvent favorable, nous sommes forcés d'admettre que les symptômes de cette fièvre concourent à sa terminaison même.

En effet, aujourd'hui les motifs de cette terminaison par le fait même de la manifestation fébrile ne peuvent échapper à nos connaissances physiologiques, puisque la chaleur déterminée par la fièvre est le produit de la combustion exagérée des principes organiques azotés, pendant que l'excrétion de l'urée est encore un phénomène corrélatif à cette combustion interstitielle.

Or, si ces produits, éléments de combustion, sont éliminés, ils diminuent forcément dans l'organisme, et, en diminuant, le calorique que leur excès devait produire diminue pareillement. De là la résolution de l'exsudat pulmonaire, comme nous l'avons expliqué.

J'arrive donc tout de suite aux phénomènes, et je rappelle mes observations : lorsque les antimoniaux donnent d'abondantes et

fréquentes évacuations, soit par le haut, soit par le bas, il en résulte :

1° Que le pouls baisse et se ralentit considérablement ;

2° Que la température animale suit l'abaissement du pouls ;

3° Que la douleur de côté s'efface toujours et disparaît le plus ordinairement ;

4° Que la rémission de tous les symptômes est très-souvent telle, lorsque les évacuations se sont prolongées douze ou quinze heures, qu'on croirait avoir jugulé la maladie ;

5° Que si ces évacuations arrivent avant que la congestion pulmonaire ait été trop prononcée, la maladie devient très-courte, comme le prouvent deux observations que nous avons produites ;

6° Qu'au contraire, lorsque les antimoniaux n'amènent ni vomissements, ni selles, ni transpiration cutanée, il se produit quelquefois une chaleur ardente, une agitation nerveuse considérable et très-pénible. C'est ce que j'ai observé deux fois dans quarante ans, alors que j'associais l'opium aux sels d'antimoine ; mais depuis que j'emploie en même temps la digitale et au besoin la scille, le colchique et l'ipécacuanha, comme je l'ai dit, j'ai toujours obtenu plus ou moins d'évacuations et n'ai jamais vu se produire les phénomènes fâcheux indiqués.

Les heureux effets de cette action vomi-purgative sont pour moi si évidents, que je ne puis m'expliquer la pensée des auteurs qui admettent seulement l'action contro-stimulante, que par la préoccupation de leur idée, la distraction de leur premier point de vue, persuadé qu'une attention plus générale les ramènerait aux faits que nous signalons.

D'ailleurs, je ne suis pas le seul à avoir fait de pareilles remarques : Chomel et Sestier sont très-explicites à cet égard ; et cependant alors ils ne cherchaient pas à obtenir des évacuations, car ils ajoutaient de l'opium à leur potion stibiée pour en modérer les effets. Toutefois, entraînés par la force de la vérité, on lit dans leur ouvrage : « Sur les vingt-quatre malades qui furent traités d'abord par la saignée, puis par l'émétique à haute dose, treize sont morts. (Quel résultat déplorable ! Mais notons que le tartre stibié était employé après que de larges saignées avaient été insuffisantes.) Sur ces treize malades (morts), la tolérance a été complète chez sept d'entre eux ; les cinq autres n'ont éprouvé que des symptômes très-légers du côté du tube intestinal ; tandis que les malades (les onze) *qui ont guéri ont eu tous*, à l'exception de deux, *des nausées*, *des vomissements*, *et le plus souvent des selles*

plus ou moins nombreuses. Ces évacuations amenaient une amélioration plus ou moins rapide, mais déterminaient en même temps *un grand accablement* (1). »

Qu'est-ce qu'un grand accablement, si ce n'est la profonde sédation que l'on recherchait? Accablement qui toutefois n'a jamais dépassé son but curateur, puisqu'aucun des malades qui l'a éprouvé à la suite de telles évacuations n'a succombé, tandis que les treize autres, qui n'avaient pas ressenti le phénomène, sont tous morts.

N'est-ce pas le cas, sauf la part funeste due aux saignées, de trouver encore ici l'intervention fâcheuse de l'opium dans ces treize morts qui n'avaient pas eu d'évacuations? Ces vingt-quatre faits de l'illustre clinicien de Paris sont d'un grand enseignement et fournissent à la fois la preuve et la contre-épreuve de mes diverses conclusions.

Mais en voici encore une directe. Mon fils, en me transmettant de nouveau plusieurs histoires de guérison de pneumonies, que je n'ajouterai pas à ce travail déjà trop long, se résume dans une observation essentielle qui l'a frappé particulièrement : « Un phénomène, dit-il, que j'ai remarqué, c'est que toutes les fois que les antimoniaux déterminaient des purgations nombreuses, les crachats se modifiaient rapidement et l'affection se terminait presque aussitôt (2). »

Certes, ne pourrait-on pas dire ici avec plus de raison que Sydenham au sujet des saignées : « Je tire à volonté par les évacuations gastro-intestinales les crachats de mes pneumoniques. ? »

Mais tous ces effets sont-ils la conséquence simplement d'une révulsion, comme l'entendait Chomel, ou d'une action toxique sur le cœur, comme le pensait Trousseau? Les antimoniaux auraient-ils sur les nerfs modérateurs une action pareille à celle de la digitale, qu'ont constatée Traube, Hirtz, Coblentz, Constantin Paul et particulièrement M. Saucerotte (de Lunéville)? Toutes ces actions seraient-elles analogues (3) à celle que les professeurs Vogt, Biermer (de Berne), Oulmont et surtout Bezold ont reconnu au *veratrum viride?* Enfin, pendant que M. Pécholier constate par l'effet de l'ipéca un ralentissement de la respiration, Ackermann (Archives

(1) Ouvrage cité, p. 545.
(2) Marseille, lettre du 4 mars 1869.
(3) *Gazette médicale*, 1868.

de Virchow), MM. Duméril et Demarquay reconnaissent que le tartre stibié, en ralentissant le pouls, produit un abaissement de température qui peut atteindre 1, 2 et même 3 degrés.

Les antimoniaux peuvent avoir donc diverses actions, plusieurs influences, et encore notre pensée ne saurait s'arrêter à ces premières considérations. Il faut étudier ces phénomènes primordiaux dans leur complexité, et suivre le retentissement qui doit en résulter d'une fonction à une autre, de celle-ci à tel ou tel organe, et en dernier lieu même sur les propriétés physiologiques ultimes, qu'avec Haller, Bichat, on appelait *vitales*.

Le vomissement en lui-même ne produit-il pas des secousses organiques à conséquences multiples ? De l'estomac ne retentit-il pas dans tous les organes splanchniques, abdominaux et thoraciques, par les convulsions du diaphragme ? Et, dans ce cas, outre les matières vomies, mucus, bile, suc pancréatique, n'y a-t-il pas peu après des sueurs abondantes et surtout un accablement qui se traduit par un ralentissement du pouls, qui montrent que la contractilité organique s'est accrue ? Et ce n'est pas tout : dans ces efforts, par ces secousses spasmodiques, cette contractilité relevée, tous les tissus, tous les muscles, tous les vaisseaux ne contribuent-ils pas à pousser les liquides, comme par une *vis a tergo*, dans leurs couloirs sécrétoires respectifs.

Autrefois on eût pu passer légèrement sur une telle gymnastique organique ; mais, aujourd'hui que l'on connaît toute la puissance d'une simple douche froide, par le jeu organo-fonctionnel qu'elle produit et les conséquences qu'elle détermine, que ne peut-on accorder aux effets et aux retentissements si complexes du vomissement ? « La nausée, disent MM. Trousseau et Pidoux, est un des sédatifs immédiats les plus énergiques, car la saignée seule et le froid peuvent lui être comparés ; mais la saignée est spoliative, tandis que l'agent vomitif modère l'activité des fonctions sans en tarir les sources. »

Enfin les abondantes excrétions gastro-intestinales qui s'ensuivent ne sont-elles pas tout autant de matériaux (ne seraient-ce que les albuminoïdes des mucosités) enlevés à la combustion générale, et qui sans cela auraient été obligés d'être résorbés et d'aller se brûler peu à peu dans l'interstice des tissus, et finalement auraient aggravé ou au moins prolongé la maladie en alimentant la fièvre, la fièvre qui, à coup sûr, ne fait qu'un même tout avec l'affection, si elle n'est pas l'affection elle-même ?

N'y a-t-il pas encore ici une déplétion par les vaisseaux exhalants de toute la longueur du tube digestif, qui viennent se vider à la surface de cette grande étendue de muqueuse, déplétion qui doit entraîner celle du système veineux mésentérique et hépatique, destiné au moins en partie à des fonctions dépuratrices? De là nécessairement un certain vide dans les vaisseaux qui doit favoriser l'absorption (Magendie), une augmentation de la tension vasculaire dont nous avons déjà vu les conséquences et tout cela sans spoliation de globules sanguins, sans réaction nerveuse, sans efforts répétés de l'organisme pour reprendre son but d'élimination, soutenir sa dynamie générale et réparer ses pertes, au moment où il est occupé à tout autre fin, fin tout opposée même, car nous avons montré, au sujet de la diète comme aidant toute résolution, que l'organisme, occupé alors à absorber et à éliminer, était toujours entravé lorsque, par une alimentation inopportune, on l'obligeait à assimiler. C'est dire donc, une fois encore, qu'une médecine expectante est un non-sens, que le régime diététique est toujours la compagne nécessaire du traitement et constamment un problème nouveau à résoudre pour chaque malade. C'est même ici, dans cette manière de considérer les phénomènes physiologiques curateurs, que se range la médication alcoolique, qui ne peut avoir d'autre effet que de soutenir la synergie organo-fonctionnelle, favoriser la combustion interstitielle et l'élimination, sans fournir à la nutrition. C'est ce que j'ai dit et soutenu depuis longtemps au sujet des indications qui se présentent de donner des toniques dans certains moments ou états de la fièvre typhoïde, et nullement des aliments. Le moment de ces différentes indications est quelquefois, sinon toujours, la question pratique la plus importante.

Enfin, voilà que la nouvelle thérapeutique de la pneumonie par l'alcool trouve encore son explication dans les phénomènes physiologiques que nous indiquons, et devient une nouvelle preuve à l'appui de la théorie du mécanisme organo-fonctionnel qui amène la curation de la pneumonie, puisque chaque agent qui vient impressionner ce cercle sans fin, mais à but déterminé, de fonction à organe trouve ici son explication naturelle, suivant le rouage impressionné, la disposition ou l'état de ce rouage, et montre ainsi comment la médecine trouve ses indications non pas dans la maladie et son siége, mais dans l'état physiologique de l'individu même, qu'il faut modérer, exciter, soutenir, suivant les cas.

Tel est le rôle qu'effectuent et le but qu'atteignent la plupart des

antipyrétiques, et notamment des antimoniaux et de la digitale, que nous associons malgré ou précisément parce que les divers travaux des expérimentateurs tendraient à prouver que ces agents, de même que la quinine, la vératrine, l'alcool, l'arsenic, etc., ne seraient antipyrétiques que parce qu'ils sont antidénutritifs, s'appuyant sur ces faits que, diminuant l'excrétion de l'urée, abaissant le chiffre de la chaleur, déprimant la circulation et la respiration, ils diminuent nécessairement la combustion interstitielle (1).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'amputation des membres en général et particulièrement de l'amputation de la jambe sans instruments tranchants (2);

Par M. Bardinet (de Limoges).

J'ai pratiqué dernièrement une amputation de jambe sans instruments tranchants.

L'opération s'est faite avec ordre et méthode, suivant un plan arrêté d'avance jusque dans ses plus petits détails.

Il ne m'a fallu recourir à aucun de ces moyens violents dont on a pu dire qu'ils rappelaient la torture plus que la chirurgie.

Je ne me suis servi que de l'écraseur linéaire de M. Chassaignac pour les parties molles; j'ai employé la scie pour les os.

Mon système d'opération repose essentiellement sur les trois règles suivantes :

1° Couper la peau séparément;

2° Multiplier les sections, au lieu de vouloir diviser beaucoup de tissus à la fois;

3° Introduire la chaîne par transfixion, en rasant les os au plus près, et couper les tissus de dedans en dehors.

Malgré les lenteurs inséparables d'un premier essai et l'imperfection d'un outillage qui a besoin d'être plus spécialement approprié à sa nouvelle destination, en une *demi-heure*, montre en main, tout était fini, bien fini.

Je n'ai pas eu d'hémorrhagie à réprimer, pas une seule ligature à faire.

---

(1) Ferrand, thèse de l'agrégation, p. 56, 1869.

(2) Note communiquée à l'Académie de médecine, séance du 6 avril 1869.

Les suites immédiates de l'opération ont été des plus heureuses; au moment où j'écris (près d'un mois après l'opération), la cicatrisation, sans être complète, est avancée, et se poursuit dans de bonnes conditions; le malade n'a pas de fièvre, ne souffre pas, mange avec appétit et dort bien, ce qui, depuis longtemps, ne lui était arrivé; tout me fait espérer et je compte bien obtenir une prochaine guérison.

J'ai pensé que ce fait méritait d'être publié et je demande à l'Académie la permission de le lui soumettre; je sais d'ailleurs qu'elle est aujourd'hui pressée par des occupations urgentes, et je réduis ma communication à ses détails essentiels.

Je dois d'abord déclarer que je ne recherche pas d'une manière générale si les opérations pratiquées sans instrument tranchant se recommandent bien réellement par des avantages particuliers, si elles sont notamment moins dangereuses que les divisions faites avec le bistouri; je me borne à dire qu'il n'y a pas de bonnes raisons de le penser, sans vouloir affirmer que le fait soit absolument démontré; j'ajoute que c'est une question assez générale et assez vaste pour que je ne l'aborde pas d'une manière incidente. Elle a été traitée plus d'une fois spécialement et à part; elle mérite de l'être encore.

Je tiens aussi à déclarer que si je me suis décidé à aborder une question qui a été une première fois soulevée avec peu de succès, et qui est restée, il faut bien l'avouer, mal famée en chirurgie, ce n'est pas que j'ai eu personnellement à me plaindre des résultats que m'ont donnés les amputations ordinaires. Comme la plupart des chirurgiens de province, j'ai eu le bonheur d'obtenir d'assez nombreuses guérisons. Pendant le dernier semestre en particulier, j'ai eu dans mon service d'hôpital trois amputations de jambe; les trois malades ont guéri.

Mais la statistique générale n'est pas aussi consolante. Ne constate-t-elle pas, d'après les calculs si précis de l'honorable M. Legouest, une mortalité de 35, de 55, de 70 et même de 73 pour 100?

S'il en est ainsi, on est en droit de penser que la méthode actuellement suivie pour les amputations n'est peut-être pas la meilleure des méthodes possibles. Ne peut-on pas espérer dès lors que, pour certains cas du moins, on trouvera des procédés moins brillants, mais plus sûrs? N'est-on pas autorisé, par suite, à tenter quelques essais vers ce but?

J'avoue que cette espérance est la mienne. J'avoue que je me suis laissé aller à cette tentation.

Parmi les nombreuses opérations qu'il a faites avec l'écraseur linéaire, M. Chassaignac n'indique aucune amputation. L'honorable chirurgien de Lariboisière ajoute même dans ses conclusions, article 5 : « La présence *d'un os* au milieu des parties molles nous paraît constituer, jusqu'à ce jour, une contre-indication à l'emploi de l'écrasement linéaire (1). »

M. Maisonneuve ne s'est pas arrêté devant cette observation; mais il n'a appliqué sa formidable machine qu'aux membres à un seul os.

Personne, je crois, ne s'est encore attaqué, avec un simple écraseur et sans le moindre appareil de force, à un membre à deux os comme la jambe. Cela me fait penser que mon exemple pourra être utile. Je ne recommence pas d'ailleurs ce qui a été tenté avant moi. Mon procédé opératoire me paraît complétement en dehors de ce qu'on a fait espérer qu'on n'étendra pas jusqu'à lui le jugement sévère dont on a frappé d'autres tentatives d'amputation sans instruments tranchants.

Voici comment je procède :

1° Section circulaire de la peau en trois temps;

2° Formation de la manchette sans bistouri et par voie de simple décollement;

3° Section des muscles du mollet;

4° Section du péroné;

5° Section des muscles antérieurs et externes de la jambe;

6° Section du tibia.

Je donne dans mon mémoire des détails circonstanciés sur tous les temps de cette opération. Je me borne à constater aujourd'hui que si la peau a été un peu mâchée, dentelée sur les bords, ce qui tenait probablement à ce que la chaîne était trop volumineuse, les muscles ont été très-nettement divisés : c'était un beau moignon dans l'acception classique du mot.

Nous n'avons pas eu un jet artériel à réprimer; pas une ligature à faire. L'écrasement a réalisé, sous ce rapport, tout ce qu'on pouvait en attendre.

---

(1) J'écrivais ce passage à Limoges, en ayant sous les yeux le *Traité* de M. Chassaignac. J'apprends, en arrivant à Paris, que ce traité n'est pas son dernier mot; son auteur a pratiqué plusieurs fois l'amputation de la cuisse à l'aide de l'écraseur.

Cinq heures après l'opération, mon interne a eu une petite alerte. Les vomissements chloroformiques continuaient avec fréquence. Sous l'influence des secousses qu'ils imprimaient au membre, un écoulement de sang s'est produit, assez abondant pour tacher l'appareil. On a exercé, à l'aide du tourniquet, une légère compression, et tout s'est arrêté, définitivement arrêté.

Les suites de l'opération ont été aussi favorables que je pouvais raisonnablement l'espérer.

Le malade a peu souffert; il a retrouvé le sommeil, l'appétit et, ce qui ne vaut pas moins, l'espérance. Les chairs du moignon sont devenues rouges, vermeilles; elles ont pris le meilleur aspect.

Mais, au lieu d'insister sur les bons côtés, j'aime mieux mettre en relief les petites misères qu'il nous a fallu supporter. Je tiens à ce que mes observations, à défaut d'autre mérite, aient au moins celui d'une exactitude et d'une sincérité complètes. Je respecte trop la science et, chez vous comme chez moi, le caractère du médecin, pour vous faire des descriptions plus belles que nature.

Mon malade avait eu, avant l'opération, quelques abcès sous-cutanés; depuis l'opération, il s'en est produit deux petits à la face externe de la cuisse. Il en est résulté un peu de douleur et de fièvre; ils sont guéris maintenant.

Le bord de la manchette, soit qu'il eût été trop lacéré par la chaîne, soit que je n'eusse pas assez bien conservé sa doublure de tissu cellulaire, s'est sphacélé sur une largeur inégale de 1 à 3 centimètres. Il en résulte que le moignon est aujourd'hui découvert à son centre, et que la cicatrisation est un peu en retard; mais ce n'est qu'une petite perte de temps; les bords de la plaie sont partout en bon état et adhèrent solidement aux parties sous-jacentes.

L'extrémité du tibia est légèrement nécrosée sur un point; celle du péroné est recouverte par la cicatrisation.

Enfin, le malade a été atteint par une épidémie d'érysipèle qui règne en ce moment dans les salles; mais l'atteinte a été insignifiante. Il n'en a pas été de même d'une pauvre femme à laquelle j'avais enlevé, avec l'écraseur seul, une tumeur du sein et un paquet de ganglions axillaires. L'opération s'était faite dans les meilleures conditions, et comme résultat immédiat, ne laissait rien à désirer. J'avais même obtenu, sur une longueur de 3 centimètres, une réunion immédiate. Il ne s'en est pas moins déclaré un érysipèle, et la malade est morte.

Malgré tous les contre-temps dont le récit est la seule partie de

mon mémoire que je n'aie pas voulu abréger, je me crois autorisé à dire que mon malade est en bon état, et je compte pour lui sur une prochaine guérison.

Le 30 mars, un membre de cette Académie, M. Legouest, se trouvait à Limoges; il m'a fait l'honneur de visiter mon opéré, et a pu juger par lui-même de l'exactitude des détails qui précèdent.

En résumé :

Je ne recherche pas si les opérations pratiquées sans instrument tranchant ont tous les avantages qu'on leur a attribués; c'est une question à suivre.

Je ne prétends pas que les chirurgiens doivent briser leurs couteaux et n'employer que l'écraseur.

J'ai voulu simplement établir qu'on peut pratiquer, dans de bonnes conditions, l'amputation des membres, et particulièrement celle de la jambe, sans instruments tranchants; l'expérience dira si cette manière d'opérer n'a pas certains avantages et ne peut pas être utilement substituée, dans quelques cas du moins, aux amputations ordinaires.

APPENDICE.

Cette communication fait le plus grand honneur au talent du chirurgien de Limoges; mais ancien interne de M. Chassaignac, l'inventeur de l'écraseur linéaire, je me rappelai que ce chirurgien, malgré son vif désir de vulgariser cette nouvelle méthode d'opération, ne s'en montrait pas partisan pour les amputations.

Tout récemment, je lui ai demandé son opinion à ce sujet, et je suis autorisé à la reproduire :

« J'apprécie, m'a dit M. Chassaignac, comme M. Bardinet, le désolant spectacle des amputations faites avec le couteau et surtout les résultats désastreux de ces opérations pratiques dans les hôpitaux, et je suis bien d'avis qu'une grande latitude doit être laissée aux tentatives d'une thérapeutique nouvelle. L'immunité qui s'attache aux plaies faites par l'écrasement linéaire en est une preuve convaincante, et par cette méthode j'ai obtenu deux succès dans deux amputations de la cuisse à la région sous-trochantérienne. Mais bien que j'aie consacré beaucoup de peine et de soins à la création de l'écraseur linéaire, je ne puis encourager à l'appliquer aux amputations, et voici les raisons :

« L'amputation doit être une opération pratique, usuelle, accessible à tous les chirurgiens et susceptible de pénétrer dans la pratique générale.

« Or la méthode des amputations par l'écrasement linéaire n'offre pas ces avantages : pour la pratiquer, il faut un personnel nombreux qu'on ne trouve que dans les hôpitaux, et il faut un aide compétent pour maintenir le malade pendant trois quarts d'heure à une heure dans le sommeil anesthésique, qui doit être bien plus prolongé que dans la pratique ordinaire des amputations. Cette opération ne peut se prêter, par exemple, à la pratique militaire. »

« Ainsi, tout en admettant qu'on peut obtenir, comme l'a fait M. Bardinet, de très-beaux résultats par la méthode qu'il a expérimentée, je n'hésite pas à déclarer que je la repousse formellement comme méthode générale.

« J'admets bien que, dans certains cas, où il faut compléter par la section des parties molles des amputations presque faites déjà par une violence extérieure ; que, dans d'autres circonstances, on veuille rendre aussi exsangue que possible la section des chairs dans une amputation, cette méthode peut être très-utile, mais les applications n'existent qu'à l'état exceptionnel.

« Je ne crois pas qu'on puisse me citer une seule ligne dans laquelle j'aurais conseillé l'écrasement pour les amputations, et je puis mettre avec confiance sous les yeux de l'Académie le passage tout entier que j'ai consacré à cette question dans le dernier ouvrage que j'ai publié sur la médecine opératoire (*Traité des opérations chirurgicales*, 2 vol., 1861 ; t. I, p. 599).

« Je n'ai point encore pratiqué sur l'homme l'amputation des membres par l'écrasement linéaire. Quelles que soient mes convictions en faveur d'un mode opératoire qui, pour la division des tissus, nous donne constamment des résultats favorables, je n'ai pas cru pouvoir me permettre d'exposer la vie des malades dans des tentatives qui doivent être préparées de longue main par de nombreuses expériences sur les animaux.

« C'est donc sur les animaux seulement que j'ai pratiqué des amputations par écrasement linéaire.

« Le mode opératoire que j'ai suivi est très-simple. Il consiste à traverser toute l'épaisseur du membre au moyen d'un trocart qui va raser l'os. La chaîne d'un écraseur substituée à la canule du trocart permet de diviser en une seule fois toute une moitié de l'épaisseur du membre. Au moyen du même trocart, dont la pointe

contourne celle des deux faces de l'os qui n'a pas encore été mise à découvert, on passe une chaîne destinée à diviser la seconde moitié de l'épaisseur du membre, après quoi l'os est sectionné avec la scie à chaîne.

« Ultérieurement à 1861, et dans le cours des années suivantes à l'hôpital Lariboisière, chez des malades tellement épuisés, que je regardais la moindre perte de sang comme pouvant être fatale, j'ai pratiqué à titre exceptionnel quelques amputations et dont les résultats m'ont très-peu satisfait. Bien convaincu qu'on ne ferait jamais pénétrer dans la pratique usuelle les amputations par écrasement linéaire, j'ai dû chercher une autre voie et j'ai eu recours à l'amputation par les bracelets caustiques, méthode que j'ai décrite et figurée dans mon ouvrage et que je crois appelée à certain avenir.

« Tout en tenant grandement compte du fait important de M. Bardinet et sans décourager (ce rôle ne saurait être le mien) ceux qui croiraient devoir imiter notre collègue, je demande à pouvoir leur donner un conseil, c'est d'adopter comme forme d'amputation le procédé de Ravaton, l'amputation à deux lambeaux résultant d'une section circulaire sur laquelle on fait tomber deux sections longitudinales et ensuite de ne jamais négliger, même quand l'artère principale du membre ne donne pas un seul jet de sang au moment de l'amputation, de placer sur cette artère une ligature de précaution. En effet, si je n'ai jamais vu les artères secondaires donner dans ces amputations la moindre hémorrhagie, j'ai vu des cas où l'artère principale, au moment même de sa section par l'écraseur, fournissait un jet sanguin qu'il eût été imprudent de ne pas arrêter.

« Je terminerai en disant que l'écrasement linéaire a des applications que je crois légitimes et qu'il y en a de contestables. Toutes les fois qu'une incision unique ou la section d'une tumeur pédiculée, soit naturellement, soit par le chirurgien, peut être faite par l'écraseur, elle réalise les immunités qu'on s'est généralement accordé à lui reconnaître. Mais à mesure qu'on s'éloigne du type simple et primitif que je viens d'indiquer, la méthode perd quelques-uns de ses avantages et ne réalise plus au même degré les espérances de celui qui s'y était confié. »

F. Bricheteau.

CHIMIE ET PHARMACIE

Pâte escharotique de Canquoin;

Par M. Mayet.

De tout temps les chirurgiens ont attaché une grande importance à la fabrication de leurs instruments, et souvent ils ont dû la réussite de leurs opérations à quelque perfectionnement heureux qui leur a été inspiré par la pratique de leur art.

Nous considérons que le petit nombre de préparations pharmaceutiques employées en chirurgie doivent au même titre appeler l'attention des praticiens; c'est ainsi que non-seulement on doit éviter avec soin dans la préparation du sparadrap l'emploi des résines irritantes, qui pourraient donner lieu à des accidents imprévus d'inflammation cutanée, mais encore préparer cette toile de telle façon que ses propriétés adhésives ne soient point subordonnées aux changements de température, et c'est pour éviter l'inconvénient qui résulte d'un sparadrap cassant en hiver, ou trop mou en été, que nous avons conseillé l'emploi, justifié depuis par la pratique, des résines purifiées pour la préparation de l'emplâtre de diachylon (1).

Une autre préparation non moins importante en chirurgie a depuis appelé notre attention, nous voulons parler de la *pâte de Canquoin*, que plusieurs chirurgiens emploient avec avantage à divers traitements chirurgicaux.

La pâte de Canquoin a subi de grandes variations dans sa formule, sans donner jusqu'à présent une satisfaction complète aux praticiens qui en ont fait usage; on lui reproche sa tendance à se ramollir outre mesure à l'humidité et le peu d'uniformité qu'on rencontre dans cette préparation suivant la pharmacie dans laquelle elle a été préparée.

Il faut dire, à la justification des pharmaciens, qu'un grand nombre de formules de pâte de Canquoin ont été publiées, et que jusqu'à la dernière édition du Codex on pouvait être fort embarrassé pour choisir, en l'absence d'indication précise de la part du chirurgien.

On voit en effet que les proportions de farine et de chlorure de zinc étaient très-variables : tantôt on faisait ajouter pour 1 partie

(1) *Journal de pharmacie et de chimie*, juillet 1865.

de chlorure de zinc 2, 3, 4 et 5 parties de farine ; le plus souvent cependant les anciens formulaires prescrivaient 2 parties de farine pour 1 partie de chlorure de zinc ; mais dans ces derniers temps les chirurgiens semblent avoir pris l'habitude de faire usage de la pâte de Canquoin à parties égales de chlorure de zinc et de farine, et c'est cette formule qui a été adoptée par le Codex de 1866.

En fixant les quantités de chaque substance, le Codex a fait cesser assurément l'embarras résultant des proportions à employer ; mais en raison de la quantité relativement élevée de chlorure de zinc, les inconvénients inhérents à la facilité avec laquelle ce sel absorbe l'humidité se manifestent davantage, aussi la consistance à donner à la pâte reste encore incertaine, à cause de la difficulté d'indiquer la quantité précise d'eau nécessaire à sa confection ; en effet, le chlorure de zinc étant très-déliquescent et les farines elles-mêmes contenant plus ou moins d'humidité, il était difficile de fixer rigoureusement la quantité d'eau nécessaire à chaque opération.

Pourtant E. Robiquet l'a essayé en indiquant de faire dissoudre à chaud 4 parties de chlorure de zinc dans 1 partie d'eau, laisser refroidir et ajouter 4 parties de farine. Bien que la quantité d'eau indiquée dans cette formule soit double de celle qui nous a paru nécessaire, il faudrait encore admettre que la farine contînt toujours la même quantité d'humidité, ce qui n'est pas le cas le plus général ; en outre, faite dans ces conditions la pâte de Canquoin, quoique enfermée dans un vase bouché, tend à se ramollir et conserve difficilement la forme que le chirurgien lui a donnée.

D'autres formules ont encore été publiées dans lesquelles on a proposé tantôt de substituer le gluten à la farine, tantôt l'addition d'une petite quantité de glycérine ; aucune de ces modifications ne paraît avoir été adoptée par les chirurgiens. Le gluten donne une composition trop élastique : il ne pourvoit d'ailleurs, pas plus que la glycérine, à l'inconvénient qu'offre la pâte de Canquoin d'attirer l'humidité.

Au contraire, la formule que nous avons étudiée donne une pâte qui conserve indéfiniment sa consistance primitive et se prête à toutes les formes que le chirurgien peut vouloir lui faire prendre, soit qu'il l'emploie disposée en flèches, soit qu'il lui plaise de tailler dans la pâte les contours de la plaie sur laquelle il veut appliquer le caustique.

Avant de livrer notre formule à la publicité, nous avons voulu nous assurer qu'elle remplissait bien toutes les indications désira-

bles, et ce n'est qu'après avoir conservé plus d'un an de la pâte de Canquoin sans grandes précautions, qu'après l'avoir livrée à l'expérimentation de plusieurs chirurgiens, et entre autres de MM. Boinet et Amussat, que nous venons publier cette formule, qui est ainsi conçue :

Chlorure de zinc..	8 parties.
Oxyde de zinc..	1 —
Farine desséchée à 100 degrés....................	7 —
Eau..	1 —

Mélangez l'oxyde de zinc à la farine, dissolvez à froid le chlorure de zinc dans l'eau et ajoutez le mélange de farine et d'oxyde de zinc, pistez la pâte dans le mortier pendant une dizaine de minutes.

Cette pâte, qui serait trop molle avec les proportions de substances indiquées ci-dessus si on voulait l'employer immédiatement, se durcit au bout de quelques heures et acquiert une consistance qu'elle garde indéfiniment ; on peut conserver dans une boîte sous une couche d'amidon la pâte ainsi préparée à l'avance ; mais il vaut mieux encore la tenir dans un vase bouché.

On peut aussi la durcir immédiatement et lui donner une consistance plus ferme en remplaçant dans la formule une partie de la farine par une partie d'oxyde de zinc, c'est-à-dire en mettant pour la même proportion des autres substances 2 parties d'oxyde de zinc et 6 parties de farine.

La propriété que possède la pâte de Canquoin préparée d'après cette formule de se durcir au lieu de prendre l'humidité est due assurément à la formation d'une petite quantité d'oxychlorure de zinc qui fixe en partie l'eau ajoutée à la préparation; on pourrait se demander si la réaction qui se passe en cette circonstance n'est pas de nature à détruire, en partie du moins, les effets caustiques de la pâte ; à cette objection nous ferions remarquer que l'oxychlorure qui se forme ayant pour formule $Zn\,Cl\,(ZnO^3)4\,HO$, la quantité de chlorure de zinc enlevée par l'oxyde de zinc est très-peu considérable, et pourrait être au besoin compensée par une addition proportionnelle de chlorure de zinc, si l'expérience n'avait prouvé que cette addition n'est pas nécessaire (1).

(1) Note lue à la Société thérapeutique, deuxième séance de mai.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Ovariotomie.

Kyste multiloculaire de l'ovaire. — Adhérences très-étendues. — Ovariotomie. — Guérison rapide. — Mme F***, quarante-six ans; bonne santé habituelle; tempérament nerveux; constitution maigre; a eu trois enfants, de 1844 à 1863, un avortement en 1861. Grossesses et suites de couches régulières. Menstruation toujours naturelle; jamais de leucorrhée. Les règles ont paru pour la dernière fois en novembre 1866.

En 1865-1866, nervosisme cardiaque : palpitations intermittentes, angoisses, douleurs au cœur; éréthisme nerveux; amaigrissement. Depuis lors, Mme F*** a conservé de l'irrégularité dans les battements caractérisée, tantôt par une lenteur ou une précipitation exagérée, tantôt par l'affaiblissement ou la suspension d'une pulsation.

Le ventre commence à grossir dans les premiers mois de 1867. Mon premier examen date de juin 1868.

A cette époque, le ventre mesure 93 centimètres de circonférence. Le kyste tendu, élastique, partout fluctuant, donnant un son mat à la percussion, s'élève jusqu'à l'épigastre. Pas de bosselures à sa surface parfaitement unie; les parois abdominales glissent difficilement sur lui; utérus central et mobile, nullement entraîné, en haut, par le déplacement en masse de la tumeur; dans aucun point du ventre il n'y a de douleurs ni de tiraillements spontanés ou provoqués.

Je diagnostique : kyste de l'ovaire probablement uniloculaire, ou bien, s'il est multiloculaire, formé par une vaste loge principale, seule accessible à l'examen; liquide séreux ou très-peu consistant; pas encore d'adhérences; tumeur pédiculée; impossible de préciser si elle vient de l'ovaire droit ou gauche.

Santé générale altérée; diminution de l'appétit et des forces; amaigrissement.

Tout en prévoyant déjà la nécessité de l'ovariotomie, je prescris un traitement tonique. Pendant plusieurs mois, l'état général s'améliore très-sensiblement, mais le kyste continue de grossir.

Vers le commencement de janvier 1869 : circonférence du ventre,

112 centimètres ; la santé se détériore de nouveau. Je juge le moment opportun pour l'ovariotomie, quand un accident vient l'indiquer formellement : péritonite envahissant en janvier tout le côté droit, puis en février le côté gauche du péritoine pariétal.

Des adhérences allaient se former et devaient, en s'organisant, avoir pour conséquence naturelle de créer des difficultés et des périls pour l'ovariotomie tardive. Temporiser était une faute. Je conseille donc l'opération, mais précédée d'une ponction exploratrice destinée, en vidant le kyste, à rectifier et à compléter le diagnostic. Celle-ci aurait encore pour avantages : 1° de ne pas réserver pour le moment de l'ovariotomie les perturbations causées par l'évacuation subite d'une grande quantité de liquide ; 2° d'étirer et de détruire les adhérences encore lâches, par le retrait des parois kystiques.

Mme F*** accepte sans hésiter l'ovariotomie avec ponction préalable du kyste.

13 février. Circonférence du ventre, 120 centimètres. Ponction : issue de 25 litres de sérosité. Le kyste se vide complétement. Reste, à l'hypogastre, une tumeur solide, ayant le volume d'une tête d'enfant, bosselée, fixée à gauche dans le bassin, mobile, flottante et ne provoquant, par le ballottement, ni douleurs ni tiraillements. Le ventre a repris partout sa sonorité habituelle.

Ainsi : le kyste était multiloculaire; il avait une grande loge et plusieurs petites ; il était pédiculé ; il provenait de l'ovaire gauche ; il paraissait libre d'adhérences, au moins au-dessus du pubis. — Quant à ce dernier point, il n'en était malheureusement pas ainsi ; on le verra plus bas.

31 mars. Le ventre vient d'atteindre encore 1 mètre de circonférence ; cependant le liquide ne remplit pas toute la poche. — Quoique amaigrie, Mme F*** se trouve dans les meilleures conditions physiologiques et morales possibles ; avec une grande partie de ses forces, elle conserve un courage et un calme inaltérables ; pouls ferme à 62.

Je pratique l'ovariotomie le 1er avril au matin. Etaient présents : MM. les docteurs Roberty, Gouzian, Rampal, Broquier et Fabre.

A l'anesthésie générale, je préfère l'anesthésie locale au moyen de deux appareils de Richardson. J'y suis déterminé, surtout par deux motifs propres à la malade : 1° elle est atteinte de nervosisme cardiaque ancien ; 2° elle vomit facilement. S'il n'y a pas là contre-indication formelle pour les inhalations anesthésiques, j'y vois

une prédisposition à la syncope et aux vomissements chloroformiques, double inconvénient à éviter.

Opération. — Incision de 15 centimètres sur la ligne médiane, entre l'ombilic et le pubis. La paroi abdominale, très-amincie, est réduite à quelques millimètres d'épaisseur. Division, avec lenteur et précaution, des tissus couche par couche et, en dernier lieu, du péritoine sur la sonde cannelée.

Dans ce premier temps, plusieurs vaisseaux sont ouverts : écoulement sanguin opiniâtre. Je m'en rends aussitôt maître, en appliquant sur les lèvres de la plaie six serre-fines à mors plats de M. Boinet. Pas une goutte de sang ne s'épanche dans la cavité péritonéale.

Le péritoine ouvert, la tumeur se présente en avant, et mes doigts, cherchant à l'explorer, rencontrent de tous côtés des adhérences qui l'unissent à la paroi abdominale.

Sans poursuivre mes investigations, je ponctionne le kyste avec le trocart à spirale de M. Nélaton. Issue de 10 à 11 litres de sérosité. Je ferme l'ouverture faite à la poche, au moyen d'une forte ligature, et retire l'instrument pour ne pas être gêné. Pas une goutte de liquide n'est tombée dans le péritoine.

Le kyste est soudé à la paroi abdominale antérieure par des adhérences très-étendues. Elles n'ont pas moins de 5 à 6 décimètres carrés de surface. A gauche, elles sont assez lâches, mais à droite, elles sont très-résistantes, surtout en haut vers le foie et l'estomac, où elles aboutissent. Leur dissection, exécutée par déchirure et arrachement au moyen de l'action combinée des mains, des doigts et des ongles, constitue un temps long, laborieux et délicat, soit à cause de la nécessité de ménager les viscères et les parois très-minces du kyste, soit à cause des difficultés de faire manœuvrer les mains dans les profondeurs de la cavité abdominale. Cependant, à force de persévérance et de précautions, la tumeur est finalement détachée sans qu'il ait été besoin de se servir de ciseaux ni de prolonger l'incision extérieure.

Libre de ses adhérences, le kyste est facilement attiré au dehors. Il dépendait de l'ovaire gauche. Son pédicule, large, épais, très-court, est étreint par les branches d'un clamp, puis serré au-dessous par une forte ligature et coupé au-dessus avec de gros ciseaux.

Dans la cavité abdominale, le sang coulait en nappe par une très-large surface. Je consacre à l'hémostasie et à la toilette du péritoine tous les soins nécessaires. Afin de donner à ce temps capital

toute la rigueur, toute la sécurité possibles, quand l'écoulement du sang est arrêté, je suspends quelques instants l'opération, rapprochant provisoirement les lèvres de la plaie extérieure et rabattant les couvertures du lit sur la malade. Puis je donne un dernier coup d'œil et un dernier coup d'éponge dans la cavité péritonéale, et par là je suis sûr de n'y laisser ni sang ni caillots.

L'utérus et l'ovaire droit étaient sains. L'épiploon est attiré en bas et étalé sur l'intestin. La malade a perdu en tout de 60 à 100 grammes de sang.

Réunion de la plaie par cinq points de suture profonde métallique, enchevillée, et par cinq points de suture superficielle entortillée. Le péritoine est compris dans la suture. Une large couche de collodion élastique, étendue sur tout le ventre, complète l'occlusion. Le pédicule est badigeonné avec du perchlorure de fer.

A l'angle inférieur de la plaie se trouvent le pédicule, la ligature et le clamp dont je retire les manches articulés.

La malade rapidement lavée et essuyée, des coussinets engagés sous le clamp et sous les bâtonnets de la suture enchevillée, le ventre est recouvert d'une épaisse couche de coton, assujettie par une ceinture de flanelle.

L'opération a duré une heure et demie.

Immédiatement après, Mme F*** a conservé son courage, ses forces et sa chaleur ; son pouls, ferme, est à 85. Reportée dans son lit, elle est entourée de flanelles et de moines.

Pièce pathologique. — La masse totale de la tumeur, contenant et contenu, pèse environ 12 kilogrammes ; les parties solides figurent pour 1 kilogramme et demi.

Le kyste est formé :

1° Par une grande loge à parois très-minces ; on se fera une idée de son volume, en se rappelant que la ponction du 13 février avait fourni 25 litres de sérosité. Sa surface extérieure offre, en avant sur une grande étendue, les débris flottants des adhérences qui unissent le kyste au péritoine pariétal.

2° Par un nombre infini de petites loges fermées, variant de la grosseur d'un grain de chènevis au volume d'une orange. Ces kystes secondaires tapissent le fond de la loge principale, vers le pédicule ; ils contiennent de la sérosité limpide, ou chargée de flocons albumineux, du sang, du pus, de la matière sébacée.

Les suites de l'opération ont été très-simples, sauf, aux quatrième et cinquième jours, l'accident suivant : tympanite, ballonnement

énorme du ventre suivi de dyspnée, nausées et vomissements continuels, hoquet fort et fréquent. Deux ponctions intestinales, avec un trocart explorateur, évacuent les gaz et dissipent immédiatement ces symptômes fâcheux. Tout rentre dans l'ordre. Etat général bon; pas de fièvre; appétit, alimentation substantielle et rapidement augmentée.

Du septième au dixième jour, j'enlève successivement les sutures profondes et superficielles.

La plaie abdominale s'est réunie par première intention, sans avoir jamais offert la moindre trace de suppuration.

Je laisse en place les bâtonnets maintenus par des fils collodionnés mis en travers de la cicatrice; j'obtiens ainsi, pour quelque temps encore, une suture sèche très-solide.

Le dixième jour, le clamp tombe avec le pédicule momifié. Reste une petite plaie complétement fermée le vingtième jour.

L'opérée n'a gardé le lit que douze jours. Le premier elle se lève pendant deux heures, marchant de son lit à son fauteuil. Bientôt elle reste levée toute la journée et circule dans son appartement.

Première sortie, vingt-trois jours après l'opération : promenade de deux heures en voiture. — Le 29 avril, Mme F*** va passer la journée à la campagne. Peu à peu, elle reprend, avec ses habitudes, les forces, l'embonpoint, la fraîcheur et le bien-être qu'elle avait auparavant.

Aujourd'hui, santé parfaite. — Au ventre, cicatrice linéaire réduite à 6 centimètres.

Remarques. — I. L'anesthésie locale, avec les douches d'éther pulvérisé, doit passer dans la pratique de l'ovariotomie. Elle sera au moins réservée pour les contre-indications de l'anesthésie générale, chez les femmes affaiblies, épuisées, disposées aux vomissements, atteintes de maladies du cœur, des poumons, etc. L'expérience démontrera si elle mérite d'être étendue à d'autres cas. Ne fit-elle que diminuer la douleur, ce résultat, joint à une parfaite innocuité, aurait encore son incontestable utilité.

Le procédé consiste à diriger, jusqu'à production de l'insensibilité, plusieurs jets d'éther pulvérisé sur les parties où l'on va opérer. On emploiera les douches anesthésiques aux divers temps douloureux de l'ovariotomie : avant l'incision des parois abdominales, avant la constriction et la section du pédicule, avant l'introduction de chacune des aiguilles ou des épingles destinées aux points de suture.

II. Chez mon opérée, les adhérences du kyste étaient très-étendues. Elles avaient succédé à la péritonite survenue à droite en janvier, à gauche en février. Quoique récentes, elles étaient déjà fortement organisées. Encore quelques mois et leur résistance eût augmenté les difficultés et empêché peut être d'achever l'opération.

Ces faits portent leur enseignement et mettent une fois de plus en lumière les principes suivants : L'ovariotomie doit être pratiquée de bonne heure et non pas à la dernière extrémité. La temporisation épuise les malades, prépare de fâcheuses complications et, en particulier, des adhérences comptées justement parmi les plus fréquentes et les plus redoutables ; ainsi elle crée des difficultés, des périls, des impossibilités même pour l'opération.

III. On a recommandé, avec raison, de pratiquer l'ovariotomie loin des grandes villes et en particulier à la campagne. En général on suit cette règle importante ; je n'ai pu m'y conformer. Loin de là, mon opérée était entourée de conditions hygiéniques défectueuses : elle habitait Marseille, au sein de la ville ; sa maison avait pour voisinage immédiat un grand hôpital et une cour étroite avec écuries ; de plus, l'opération a rencontré de sérieuses difficultés.

Cependant la guérison a été remarquable par sa rapidité.

Ce fait est un encouragement. Il prouve que, même au milieu de circonstances défavorables, l'ovariotomie peut être tentée avec succès dans les grandes villes, à Marseille comme à Lyon et à Paris.

D^r Ch. Isnard (de Marseille).

BIBLIOGRAPHIE.

Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte, rédigé par Bernutz, Bœckel, Buignet, Cusco, Denucé, Desnos, Desormeaux, Devilliers, Alfred Fournier, T. Gallard, H. Gintrac, Giraldès, Gosselin, Alp. Guérin, A. Hardy, Hirtz, Jaccoud, Jacquemier, Kœberlé, G. Laugier, Liebreich, P. Lorain, Lunier, Marcé, A. Nélaton, Oré, Panas, N.-A. Racle, Richet, Ph. Ricord, Jules Rochard (de Lorient), J. Roussin, Ch. Sarazin, Ger. Sée, Jules Simon, Stoltz, A. Tardieu, Tarnier, Trousseau ; directeur de la rédaction, le docteur Jaccoud (neuf volumes parus).

Ce serait, ce nous semble, manquer de justice que de différer plus longtemps de revenir, ainsi que nous avons promis de le faire, sur les deux grandes publications médicales qui, sous le nom de

Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques et de *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, se proposent pour but de résumer, au profit de la pratique et de la spéculation scientifique, le résultat le plus net des recherches, des travaux innombrables accomplis depuis le commencement de ce siècle, depuis quelque trente ans surtout, dans cette double direction. Dans un premier article que nous demandons aux lecteurs de ce journal de nous permettre de leur rappeler, comme il ne s'agissait encore que de juger sur la foi d'un programme la méthode, l'esprit, les tendances de ces deux grandes publications, nous les avons confondues dans une même étude, afin de les éclairer l'une par l'autre, et de laisser ainsi pressentir, autant qu'il était en nous de le faire, à quels besoins répondait plus particulièrement chacune d'elles : mais aujourd'hui que les deux grandes publications de MM. J.-B. Baillière, Asselin et Victor Masson, bien que marchant un peu lentement au gré des impatients, comptent déjà de nombreux et splendides volumes, nous les séparerons dans la revue rapide que nous allons en faire successivement, et nous nous appliquerons à leur rendre une égale justice. *A Jove principium ;* nous commencerons aujourd'hui par celle de ces deux sœurs jumelles qui la première a vu le jour, sans nous embarrasser de la question de savoir si c'est celle-ci qui a été couvée la première et a été soumise à une plus ou moins longue incubation. C'est donc du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* que nous allons d'abord parler.

Comme on le pense bien, nous ne saurions, quelque bonne volonté que nous y missions, suivre chacun des nombreux auteurs qui ont concouru à la rédaction des neuf premiers volumes du *Nouveau Dictionnaire*, dans les articles plus ou moins nombreux ou plus ou moins étendus dont ils ont enrichi cet ouvrage : un numéro entier du *Bulletin général de Thérapeutique* y suffirait à peine. Comme, en somme, nous n'avons d'autre dessein ici que de dire notre impression sur l'ensemble d'une publication qui aspire surtout à diriger la pratique dans les difficultés de divers ordres auxquelles elle s'aheurte si souvent, nous nous attacherons surtout aux grandes questions qui intéressent celle-ci, et en indiquerons d'un trait rapide les solutions essentielles, celles principalement qui nous paraîtront marquées de quelque originalité.

Parmi les articles relatifs à la médecine proprement dite, nous avons surtout remarqué ceux qui ont trait à l'asthme, à l'angine de poitrine, à la maladie bronzée, aux maladies du cœur, au choléra, à

la sphygmographie, à l'aphasie, à la chorée et à la contagion, au bas desquels se lisent les noms de MM. G. Sée, Jaccoud, Raynaud, Desnos, Lorain, Voisin, J. Simon et Gallard. L'article de M. le professeur Sée peut être cité comme un très-remarquable spécimen de la méthode strictement physiologique que ce médecin éminent s'efforce d'appliquer à la conception de la maladie. Invariablement fixé à ce point de vue, c'est de là que l'auteur s'attache à rationnaliser les módications fort diverses qu'appelle l'asthme, et qu'il dégage par une critique habile d'une tradition confuse. Remarquons, en passant, que la tradition, n'eût-elle qu'amassé cette multitude de faits où l'on porte avec tant de sagacité la lumière de la critique moderne, cela suffirait pour qu'on n'en médît pas tant. Presque aussi radical peut-être que M. Sée dans ses aspirations à la rénovation de la science, M. Jaccoud se place à peu près au même point de vue que le professeur de la Faculté de médecine de Paris, pour déterminer sinon la nature, au moins le point de départ de l'angine de poitrine et de la maladie bronzée d'Addison. Les phénomènes par lesquels se traduisent l'une et l'autre de ces maladies sont rattachés à une perturbation dans le jeu d'un point du système nerveux: c'est de cette conception que doivent partir les recherches de la thérapeutique applicable à ces affections, soit qu'on demande celle-ci à l'empirisme traditionnel, soit que plus hardi on la demande aux expériences physiologiques ou aux enseignements de la chimie. Dans tous les cas, qu'on le sache bien, il s'agit ici d'hommes qui n'ont pas seulement spéculé sur la partie essentielle de l'art, mais qui, en contact tous les jours aveo les malades, se garderaient bien de leur faire courir de dangereuses aventures, se garderaient bien davantge d'entraîner la pratique dans de scabreuses directions. Si l'on n'accepte pas, vis-à-vis de maladies mieux définies, la thérapeutique confuse d'une tradition non suffisamment informée, on évite avec le même soin l'écueil opposé, celui d'une thérapeutique *déduite*, comme le voudrait M. Stuart-Mill, des données de l'expérimentation physiologique, ou de l'étude générale des propriétés organoleptiques des agents chimiques.

Nous n'hésitons pas à placer à côté des travaux importants dont nous venons de parler, ceux qui sont dus, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, à M. le docteur Maurice Raynaud, celui surtout dans lequel notre jeune et très-distingué confrère expose magistralement l'histoire des maladies du cœur. Bien que M. Raynaud ait embrassé cette histoire à tous les points de

vue où elle peut être étudiée, où elle doit être étudiée dans un ouvrage comme celui-ci, nulle part on n'y voit trace de cette fausse et prétentieuse originalité, qui semble de parti pris n'aborder une question que pour la résoudre autrement qu'elle ne l'a été jusque-là. Avec une modestie que plusieurs devraient imiter, même dans cet ordre de recherches, l'auteur s'efface en grande partie, et se contente d'exposer, d'après une méthode parfaite, les principaux enseignements d'une science impersonnelle. Où serions-nous, grand Dieu! si chacun de nous s'avisait de refaire la science de toutes pièces avec les données de sa singulière observation, et toutes les infatuations d'une originalité qui n'est souvent, hélas! que l'hallucination d'un amour-propre excessif? Gardons-nous surtout, dans la culture de la science, et nommément de notre science, d'une passion plus mauvaise conseillère encore, et qui nous porte à amoindrir les enseignements justes et vrais de nos contemporains. « Le simple savant, dit M. Schopenhauer, considère le génie comme un lièvre qui ne peut lui servir qu'après sa mort, et qui peut alors être accommodé comme on veut, et sur lequel on doit diriger ses coups tant qu'il vit. » M. Maurice Raynaud ne connaît pas ces faiblesses, il se désintéresse de lui-même dans l'exposition qu'il fait d'un point de la science, il n'y mêle qu'avec discrétion les données de sa propre pensée; c'est tout le secret de son lumineux et fécond enseignement.

L'article *Choléra*, qui emprunte aux discussions que cette funeste pandémie excitait partout hier encore un intérêt de premier ordre, est dû à la plume exercée de M. Desnos: c'est dire que cet article ne laisse dans l'ombre aucune des questions qui se posent à propos de cette maladie. Etiologie, mode de propagation du fléau, mesures prophylactiques, tous ces points capitaux dans l'histoire du choléra sont largement traités. Si quelques médecins, sans doute un peu attardés dans la voie des recherches auxquelles on s'est livré dans ces derniers temps sur cette triple question, croyaient devoir faire quelques réserves quant à l'unique mode d'évolution du fléau endémique de l'Inde admis par notre savant confrère, ils pourraient, non loin de cet article, en méditer un autre, sur la contagion, qui est signé d'un nom tout aussi autorisé, M. Gallard, et où ils trouveraient très-judicieusement développée la justification de ces réserves. Si nous signalons ces antinomies dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* sur une question tant controversée, ce n'est pas pour en faire un reproche à la direction de cet

important ouvrage; nous y voyons bien plutôt l'expression d'un libéralisme qui mérite d'être loué, parce qu'il sait faire crédit à l'avenir.

La sphygmométrie, qui, en substituant un sens à un autre sens, ne saurait pourtant prétendre à supprimer dans le diagnostic des maladies les informations de celui dont elle se propose d'étendre la portée, a été exposée dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* par M. Lorain; c'est d'un seul mot laisser pressentir au lecteur que ce nouvel élément de diagnostic a été analysé dans ses plus fines et ses plus délicates nuances. Un jeune auteur qui porte un nom honoré, et qui a déjà par son travail personnel agrandi son héritage, M. Aug. Voisin, a traité, dans un des volumes du dictionnaire une question qui n'est certes pas encore épuisée, la question de l'aphasie. Cet article est un modèle de discussion sage, judicieuse, et que les médecins qui rencontrent à chaque pas ce singulier symptôme, soit comme expression d'une perturbation purement fonctionnelle du système nerveux (hystérie), soit, plus souvent, comme effet d'une lésion plus profonde de l'encéphale, consulteront avec autant d'intérêt que de fruit. Si la thérapeutique proprement dite reçoit peu de lumières de cette donnée d'une analyse savante, le pronostic tout au moins s'en éclaire, le pronostic, cette sauvegarde de la dignité de la médecine impuissante.

Pour épuiser, ou à peu près, la liste des auteurs autorisés qui ont fourni des articles variés relativement à la médecine proprement dite dans les neuf premiers volumes du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, qu'on nous permette de citer encore les noms de MM. Hardy, Bernutz, Motet, Rambert, Martineau, qui tous ont su se tenir à la hauteur du véritable progrès de la science moderne, sans tourner le dos systématiquement aux enseignements empiriques de la tradition dans les questions fondamentales qu'ils ont eues à traiter.

La chirurgie, l'obstétrique, l'ophthalmologie ont pour organes, comme la médecine, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, des hommes qui ont blanchi dans la pratique de la science, ou de jeunes chirurgiens qui, pour n'avoir pas encore conquis la même notoriété, n'en ont pas moins marqué leurs premiers pas dans la science par des travaux qui leur ont concilié en une plus ou moins grande mesure la faveur publique. Pour justifier la juste présomption que nous voudrions inspirer aux lecteurs

de ce journal en faveur du dictionnaire dont il s'agit, à défaut d'une analyse impossible, il nous suffira de citer les noms de MM. Gosselin, Richet, Demarquay, Laugier, Alp. Guérin, Giraldès, Panas, Desormeaux, qui se sont partagé, ou auxquels ont été distribué les sujets que par leurs études antérieures ils étaient le plus aptes à traiter. Les questions plus particulièrement relatives à l'obstétrique n'ont pas moins trouvé, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, les praticiens les plus préparés à les traiter utilement : les noms de MM. Stoltz, Tarnier, Devilliers, qui se lisent en face de ces questions, ont cette signification aux yeux de tous. N'oublions pas que les éditeurs ont eu l'heureuse idée de faire appel aux médecins et chirurgiens de la province qui sont, comme le savent bien nos lecteurs, de précieux collaborateurs, et nous avons remarqué les travaux de Denucé, Oré, et Gintrac (de Bordeaux), Heurteaux (de Nantes), Luton (de Reims), Bœckel et Stoltz (de Strasbourg).

Nous avons été tout de suite à la partie qui, dans ce dictionnaire, intéressait le plus les praticiens ; mais ce serait se faire une idée fort incomplète de cette grande publication, que de supposer qu'elle ne va point au delà de la technique de la science, si nous pouvons ainsi dire : l'anatomie, la physiologie, la physique, la chimie, la pharmacologie, la matière médicale, l'hygiène, la médecine légale, la toxicologie y sont également étudiées, ou dans leurs affinités les plus étroites avec la médecine et la chirurgie proprement dites, ou dans leurs afférences plus éloignées avec ces deux branches essentielles de notre art secourable. Ici encore les noms les plus autorisés, comme ceux de MM. Anger, Ranvier, Lannelongue, Cusco, Bert, Hébert, Léon Marchand, Ollivier et Bergeron, Buignet, Rousseau, Sarazin, Rochard, Amb. Tardieu, répandent sur tous ces points, considérés surtout au point de vue du progrès de l'art, les lumières d'un enseignement aussi fécond que judicieux. Au milieu des innombrables questions qui ressortissent à cet enseignement, si vaste encore en ses proportions pourtant restreintes, il nous serait facile d'en choisir quelques-unes où, à côté des préceptes de la pratique, se montrent les tendances les moins dissimulées aux spéculations les plus hardies ; mais comme, à nous engager dans cette voie, nous courrions risque de dépasser les limites dans lesquelles nous sommes forcé de nous renfermer, qu'il nous suffise d'indiquer dans cette direction l'article de M. Z. Roussin sur la catalyse, qui, au lieu d'être une force réelle inexpliquée, ne marque aux yeux de l'auteur

qu'une lacune dans la science. Nous partageons complétement quelques-unes des idées du savant auteur sur cette question, et sur la question plus compréhensive à laquelle il la rattache; mais nous craignons qu'il ne se fasse illusion sur la portée sans limites de la science purement inductive : il y a à l'intuition empirique une limite à laquelle l'esprit humain ne s'arrêtera pas ; mais pour la franchir, c'est à une autre source d'informations qu'il faut s'adresser.

Quant à la thérapeutique, elle est traitée de main de maître, car bon nombre d'articles sont dus à la plume de notre éminent collaborateur, Hirtz (de Strasbourg), dont nous citerons surtout avec éloges les articles : *Belladone*, *Chaleur*, *Crise*.

Nous remarquons, en finissant, que nous n'avons rien dit d'une double spécialité qui ne peut manquer d'avoir sa place dans une publication aussi importante que le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, nous voulons parler de la syphiligraphie et des maladies mentales. Jusqu'ici, si nous ne nous trompons, ces deux branches de la médecine ont eu surtout pour organes, dans le dictionnaire, MM. A. Fournier et Pain. Tout en reconnaissant que ces deux auteurs estimés peuvent suffire assurément à cette lourde tâche, nous désirerions que, dans l'intérêt même de cette publication, M. Ph. Ricord, par exemple, sortît un peu de son limbe pour appuyer de sa grande autorité le jeune médecin dont nous venons de parler. Qu'on nous permette, pour justifier cette légitime aspiration, de citer en quelques mots un fait que le hasard des choses de la pratique vient de nous faire rencontrer. M. Fournier, en parlant du traitement du bubon suppuré, tranche nettement la question de l'opportunité, de la nécessité non de l'incision prématurée, comme le voudrait M. Broca, mais de la nécessité de cette incision dès que la suppuration se manifeste. Est-ce là une saine pratique ? Quelques bons esprits la rejettent et ne pratiquent cette opération qu'à la dernière extrémité, quand il est évident que la tumeur est près de se vider spontanément. Et la raison de cette temporisation, c'est que, grâce à elle, on a vu la résorption se faire et mettre ainsi les malades à l'abri d'une vaste ulcération, dans le cas de bubon d'infection. Le fait auquel je viens de faire allusion vient confirmer cette prudence : cette pratique a donc, dans quelques cas tout au moins, une raison d'être, et nous aurions voulu que notre savant et habile syphiligraphe marquât la place de cette heureuse éventualité dans son histoire, fort bien faite d'ailleurs, du bubon.

Mais je rougis presque de terminer un article, qui n'avait d'autre but que d'appeler sérieusement l'attention sur une vaste et utile publication, par une si mesquine critique ; je m'arrête et prie le savant directeur du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, qui sait combien je l'apprécie, de me pardonner d'avoir mêlé ce microscopique grain de critique à l'éloge presque sans restriction des pages précédentes. Que notre éminent confrère n'oublie pas qu'un dictionnaire comme celui-ci est, aux mains de beaucoup de médecins, le livre unique, l'*unus liber*, et qu'il en surveille avec une scrupuleuse attention les conclusions thérapeutiques surtout : la plupart des médecins auxquels ira ce dictionnaire vivent dans le désert ; que la manne qui leur tombe du ciel scientifique de Paris soit, tout au moins, pure de tout mélange équivoque.

CLINIQUE DE LA VILLE.

Perforation traumatique du tympan, datant de deux mois, guérie par une seule irrigation d'eau tiède.

Obs. Mme X***, âgée de trente-sept ans, jardinière à Neuilly, entendait parfaitement des deux côtés, lorsqu'au mois de mars dernier, dans la chaleur d'une discussion un peu vive, son mari appuya ses arguments d'un violent soufflet sur la joue gauche. Mme X*** faillit être renversée : elle eut de grandes douleurs à la tête, quatre jours après l'incident il se manifesta par le conduit auditif un écoulement considérable, verdâtre et fétide, et elle devint sourde de ce côté, au point qu'elle n'entendit plus le son de la voix des personnes qui lui adressaient la parole.

Mon savant confrère, le docteur Legrand, de Neuilly, conseilla à cette dame de venir à mon dispensaire. Ce fut un mois après l'accident, le 17 avril, qu'elle vint me consulter. L'écoulement existait toujours avec la même abondance et la même fétidité, il y avait engorgement des ganglions, céphalalgie intense, bourdonnement retentissant en bruit de choc, mais la mastication, l'éternument et le bâillement étaient sans douleur. On entendait avec l'otoscope de Toynbee, en faisant moucher la malade, un petit bruit sifflant et gargouillant en même temps. La trompe était libre, Le diapason n'était pas entendu à un centimètre du conduit, mais

le son était perçu si l'on appuyait le diapason sur la base frontale. L'examen au speculum de Muston montre un tympan gris-jaunâtre dont les tissus sont gonflés, boursouflés comme une membrane ayant longtemps séjourné dans l'eau. Il y a au-dessus l'un de l'autre deux trous dont les bords sont nettement arrondis et du milieu desquels sort une gouttelette de liquide qui reflète fortement la lumière ; l'une d'elles a des battements isochrones. On ne voit pas le manche du marteau ni le triangle lumineux.

J'ordonnai à Mme X*** de cesser de travailler la tête penchée, de se tenir un mouchoir sur les oreilles et de faire un traitement antiphlogistique, moins les évacuations sanguines. Ce traitement consista en injections émollientes, badigeonnage de teinture vésicante, dérivatifs sur le canal intestinal, pédilures sinapisés.

Le 10 mai, il y avait peu d'amélioration, même couleur, même fétidité, même abondance dans l'écoulement ; lorsqu'elle se mouchait, la dame X*** sentait qu'elle expulsait des bulles d'air par son conduit auditif, et on voyait toujours les perforations avec le speculum.

Je fis alors, à l'aide de l'oto-injecteur, une irrigation considérable que je dirigeai moi-même sur le tympan sans craindre d'augmenter la déchirure. La colonne d'eau avait eu une hauteur de 1m,20, et je fis passer par l'oreille toute l'eau contenue dans une fontaine en porcelaine.

Dès ce premier jour l'écoulement fut tari. Néanmoins cette dame fit les jours suivants un irrigation de 8 à 10 litres d'eau tiède. Le 15 mai, c'est-à-dire cinq jours après, je revis la malade, l'écoulement n'avait pas reparu, l'ouïe était revenue, je trouvai le tympan réparé, triangle lumineux cherchant à apparaître, surface un peu rugueuse et furfuracée.

Ma malade a bien voulu m'accorder la faveur de la présenter à l'Académie de médecine. Dr Prat.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Deux cas d'asphyxie par le gaz de l'éclairage traités par l'inhalation de l'oxygène. — Le docteur Siercking rapporte dans *the Lancet* deux observations d'asphyxie qu'il a traités à l'hôpital de Sainte-Marie au moyen de l'oxygène en inhalations. Samuel S***,

âgé de cinquante-cinq ans, palefrenier, et Frédéric E***, âgé de trente-trois ans, cocher, furent apportés, le 7 janvier, tous les deux dans un état d'insensibilité. On les avait trouvés dans l'écurie dans un état de mort apparente. En ouvrant l'écurie, on sentit une forte odeur de gaz qui paraissait s'échapper par une fissure d'un tuyau à gaz placé dans l'écurie, probablement causée par un des chevaux. Les deux hommes furent réveillés à différentes reprises par le bruit des pieds des chevaux, et la dernière fois qu'ils s'éveillèrent ils ne purent quitter leur lit. Leurs bras étaient roides, leurs mains tremblaient; S*** dit : « Je suis tout paralysé, » et ils retombèrent tous deux sur leur lit et perdirent connaissance. Les deux malades doivent être restés environ neuf heures sous l'influence délétère du gaz.

Au moment de leur entrée à l'hôpital on ne put constater de pulsations à l'artère radicale de S***; mais le cœur battait cent fois à la minute. Ses pieds et ses mains étaient froids, la peau était livide. On commença par échauffer les pieds et placer des sinapismes en même temps qu'on faisait prendre au malade de l'eau-de-vie. La sensibilité revint peu à peu.

Puis on administra l'oxygène en inhalation. Le pouls était à 72, très-calme; après la séance il devint plus plein sans augmenter de fréquence. Le malade dormit bien toute la nuit, mais le lendemain il ne se sentait pas aussi bien et éprouvait une douleur dans la poitrine; sa respiration était oppressée, le pouls à 64, la langue humide et nette. Il y avait de la matité dans la région sous-scapulaire droite, où se faisaient entendre des râles crépitants fins et du souffle tubaire. Le malade fut saigné et sentit aussitôt sa respiration dégagée. Le lendemain il était tout à fait bien et ne présentait plus de signe de pneumonie (1). Le surlendemain il quitta l'hôpital entièrement guéri.

Les symptômes que présenta l'autre malade, cocher de profession, furent tout à fait semblables, mais moins marqués; il fut traité de la même façon. Avant l'inhalation d'oxygène, le pouls était à 126; aussitôt après l'inhalation, le pouls devint à 128, et l'engourdissement dans les bras, qui s'était manifesté dans les premiers temps, disparut complétement. Le malade remarqua tout de suite ce changement, car il commença à remuer et à étendre les bras aussitôt qu'il eut absorbé l'oxygène; il fut aussi débarrassé en

(1) Est-ce bien pneumonie qu'il faut dire ou bien n'est-ce pas plutôt une congestion pulmonaire? (*Note du Traducteur.*)

même temps de ses étourdissements et de sa céphalalgie. Le surlendemain il quitta l'hôpital entièrement guéri.

La quantité d'oxygène employée pour chaque malade fut d'environ 5 gallons. On se servit pour l'inhalation des sacs tirés de l'appareil de Clover pour le chloroforme, auquel on adapta l'embouchure ordinaire.

A ces deux faits recueillis à l'étranger, il faut joindre le suivant, communiqué à la Société de thérapeutique dans la séance du 17 juillet 1868, par le docteur Linas.

Asphyxie lente et graduelle par le charbon; traitement et guérison par les inspirations d'oxygène. — Le 20 décembre 1868, dans une maison où je donnais des soins à deux enfants atteints de rougeole, je fus consulté pour une domestique qui présentait au suprême degré les signes d'une asphyxie lente et graduelle par le charbon.

Cette femme, nommée Jeanne Ricumont, âgée d'une quarantaine d'années, d'une bonne constitution et d'une excellente santé habituelle, était en service chez M. P***, ingénieur du chemin de fer du Nord, boulevard Magenta, 188.

Elle couchait dans une mansarde étroite, basse de plafond, mal ventilée et ne recevant le jour que par un petit vasistas à tabatière, qu'elle avait pris soin, vu la rigueur de l'hiver, de calfeutrer hermétiquement.

C'était vers le 10 décembre; le thermomètre oscillait alors entre 7 et 9 degrés au-dessous de zéro. Afin de mieux se préserver du froid excessif de la saison, Jeanne Ricumont imagina de placer, pendant la nuit, au milieu de la chambre, une sorte de *brazero* garni de braise de boulanger incandescente, recouverte d'une couche légère de cendres et de charbon de bois.

N'ayant ressenti d'abord qu'un malaise passager, elle ne songea pas à l'attribuer à son système de chauffage, et elle continua, les nuits suivantes, à recourir à ce dernier procédé.

Au bout de trois ou quatre jours, elle éprouva quelques vertiges et fut prise de vomissements après ses repas.

Ne soupçonnant toujours point la cause de son indisposition, elle persista à chauffer, chaque soir, sa mansarde avec un mélange de braise et de charbon.

Cependant le 14 décembre au matin la pesanteur de tête et les ver-

tiges furent tellement intenses, que la malade eut peine à se lever, fit dans sa chambre quelques pas chancelants et alla tomber à la renverse dans l'escalier.

On vint immédiatement à son secours; on l'exposa au grand air; on lui fit respirer du vinaigre, de l'éther et autres liquides volatils et excitants; on pratiqua des frictions énergiques sur le tronc et sur les membres.

Un peu remise par ces soins opportuns, la malade essaya de reprendre ses occupations. Mais le retour des vertiges, la persistance de la céphalalgie, et les vomissements provoqués par l'ingestion des plus petites quantités d'aliments, donnèrent l'éveil à ses maîtres, qui furent frappés, en outre, de la teinte violacée de la peau de leur domestique.

On présuma, avec raison, que tout ce mal provenait d'un état asphyxique causé par les inspirations réitérées des vapeurs du charbon; et à dater de ce jour Jeanne Ricumont renonça à chauffer sa mansarde avec son brasier.

C'est à cette époque, une dizaine de jours environ après le début des accidents, que je vis la malade.

Ce qui frappait avant tout, c'était la coloration bleuâtre, cyanosée, de tout le tégument externe. Cette teinte était plus particulièrement prononcée sur le visage, au cou, sur la partie antéro-supérieure de la poitrine et sur la face dorsale des mains. Dans toutes ces régions, la peau présentait un aspect véritablement ardoisé. La membrane muqueuse des lèvres participait aussi à la cyanose du tégument cutané.

La température du corps était notablement abaissée; la peau était froide et donnait au toucher l'impression que produit le contact d'un cadavre quelques heures après la mort, avant que le refroidissement soit complet.

Dans l'aisselle la température était descendue à + 34°,6, et dans la bouche à 35°,2.

La peau avait perdu sa tonicité et son élasticité normales; les plis qu'on y faisait en la pinçant persistaient durant quelques secondes et ne s'effaçaient qu'avec lenteur.

La sensibilité tactile était fort diminuée, et la malade supportait, sans en être incommodée, les pincements un peu violents et les piqûres d'épingles assez profondes.

La sensibilité des autres organes des sens, ouïe, vue, odorat et goût, était émoussée comme celle du toucher.

Jeanne Ricumont était en proie à de violentes et continuelles douleurs de tête, plus intenses dans la région frontale et accompagnées d'un sentiment de resserrement, de constriction vers les tempes.

Elle était tourmentée par des bourdonnements et des sifflements d'oreille, par des éblouissements et des vertiges à peu près constants.

Elle se plaignait d'un malaise général, indéfinissable, d'un sentiment de courbature pénible, de douleurs gravatives dans les membres et dans les lombes.

Cette lassitude s'accompagnait d'une apathie inaccoutumée et d'une inaptitude réelle pour les mouvements, pour la marche, pour tout effort musculaire, pour tout exercice corporel.

Tendance au sommeil, difficile, pour ne pas dire impossible, à satisfaire, à cause de la violence de la céphalalgie et des douleurs épigastriques.

Les battements du cœur étaient ralentis et sans vigueur; le pouls, descendu à 56 pulsations, était mou dépressible, ondulant.

La respiration s'effectuait aussi lentement; elle était fréquemment entrecoupée par des bâillements et des soupirs. La percussion ne révéla aucun phénomène particulier, non plus que l'auscultation, si ce n'est un notable affaiblissement du murmure vésiculaire.

L'air expiré (l'haleine), reçu sur le dos de la main, paraissait moins chaud que dans l'état ordinaire.

La malade se plaignait de temps en temps d'un état d'angoisse et d'anxiété dans la poitrine.

Elle accusait surtout une douleur très-vive et très-opiniâtre dans la région épigastrique.

Les nausées et les vomissements survenaient à tout propos, et l'intolérance de l'estomac était telle, que les seuls liquides étaient supportés, et à très-petite dose.

Constipation. Miction de plus en plus rare depuis l'origine des accidents asphyxiques.

Ne pouvant conserver aucun doute sur la nature de tels symptômes, je prescrivis : l'exercice forcé au grand air; la marche et les longues promenades; les bains excitants; les révulsifs cutanés; les frictions stimulantes, répétées matin et soir; les inspirations forcées à la poitrine et fréquemment réitérées; à l'intérieur, les excitants diffusibles.

Cette médication, mal observée d'ailleurs, à cause de l'insou-

ciante apathie de la malade et de la réserve craintive qu'éprouvent presque toujours les domestiques soucieux de conserver leur place; cette médication, dis-je, incomplétement suivie, n'aboutit au bout de trois jours qu'à des résultats insuffisants. La plupart des phénomènes asphyxiques tenaient bon.

C'est alors que j'eus l'idée de combattre cette saturation carbonique par une sorte de traitement respiratoire et d'opposer à cette intoxication asphyxique son contre-poison le plus naturel, l'oxygène.

J'adressai donc la malade à M. Limousin, avec une courte note explicative et prière de la soumettre aux inhalations oxygénées.

Dès la première séance la malade éprouva une amélioration notable. Elle continua régulièrement les inhalations pendant une semaine.

Les signes de l'asphyxie se dissipèrent peu à peu; le 30 décembre toute trace d'intoxication carbonique avait disparu.

J'ai eu l'occasion de revoir plus tard Jeanne Ricumont, de m'assurer qu'elle n'avait éprouvé aucun accident nouveau, et que la guérison était parfaitement confirmée. (*Gazette des hôpitaux*.)

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Procédé constituant un moyen abortif contre l'érysipèle. Le résumé de la leçon clinique de M. le professeur Schützenberger sur le traitement abortif de l'érysipèle a suscité la note suivante du docteur Luroth, adressée à la *Gazette médicale de Strasbourg*.

Durant les vingt premières années de ma pratique médicale, c'est-à-dire de 1829 à 1850, je me servais contre l'érysipèle naissant des topiques usités et notamment des onctions mercurielles. A dater de 1851, j'ai remplacé l'usage de ces topiques par un procédé qui, je le crois, mérite une application plus générale.

Un érysipèle étant donné, quel qu'en soit le siége, à la face, sur le tronc ou sur un membre, j'entame la surface malade en y pratiquant des scarifications superficielles dont chacune doit fournir quelques gouttelettes de sang.

Ces scarifications divisent la surface malade en bandes séparées par des lignes parallèles légèrement saignantes situées à la distance de 1 à 1 centimètre et demi. Deux ou trois autres scarifications sont faites sur le pourtour de l'érysipèle pour circonscrire la surface malade et préserver les régions saines contre l'envahissement qui les menace.

Les quelques gouttes de sang fournies par les scarifications sont ensuite étendues sur la surface envahie par l'érysipèle au moyen d'une douce friction faite avec le bout du doigt, soit par le malade, soit par l'un des assistants.

Cette petite opération est ordinairement suivie d'un soulagement presque instantané. Les parties qui sont le siége de l'inflammation érysipélateuse s'affaissent, la douleur cède, la fièvre diminue, le sommeil revient et le lendemain l'amélioration est frappante pour tout le monde.

Dans quelques cas cependant, lors-

que le médecin a négligé de circonscrire exactement la surface enflammée. l'érysipèle s'est frayé un passage à travers la trouée qui était restée ouverte. L'on en est quitte alors pour quelques scarifications, qu'il faut pratiquer sur le terrain nouvellement envahi.

Dans les cas où l'effervescence morbide ne revêt qu'un caractère subaigu, le médecin peut se convaincre de l'effet utile des scarifications en ne les pratiquant que sur une partie de la surface envahie par l'érysipèle. Vingt-quatre heures après l'opération, il trouvera cette partie affaissée et plus ou moins indolore, tandis que la région voisine, que l'instrument avait respectée, aura conservé sa turgescence, sa sensibilité au toucher et sa température plus élevée.

Lorsque les scarifications ne sont pas suivies de la chute presque immédiate de la réaction fébrile, c'est que l'érysipèle a envahi des régions où le tranchant de l'instrument ne peut guère le poursuivre, telles que le cuir chevelu, l'intérieur de la cavité buccale ou nasale, ou le conduit auditif externe. En pareil cas, les scarifications ont un effet abortif qui se réduit à la surface qu'elles occupent et qui produit une diminution proportionnelle dans l'intensité de l'effervescence fébrile : résultat qui n'est pas à dédaigner.

L'érysipèle simple et l'érysipèle phlegmoneux se prêtent également à l'application du procédé abortif que je viens de signaler. C'est dans un cas de phlegmatia alba dolens que j'en ai fait le premier essai. Le soulagement très-marqué produit par les scarifications faites sur le membre malade dans ce cas particulier, m'a conduit à les appliquer dans un cas d'érysipèle phlegmoneux très-grave, et cela avec un résultat non moins avantageux. De là il n'y avait qu'un pas à faire pour étendre le procédé aux cas d'érysipèle simple, où il devait naturellement réussir *à fortiori*.

Les scarifications font l'effet d'un débridement : diviser l'épiderme qui fait résistance à l'afflux du sang et entamer, même superficiellement, le réseau vasculaire sous-jacent, c'est mettre un terme à l'engorgement inflammatoire qui constitue l'érysipèle, et abattre du même coup les symptômes douleur et chaleur qui accompagnent cet engorgement. Etendre ensuite sur la région malade la petite quantité de sang fournie par les scarifications, c'est procurer à cette région une enveloppe protectrice qui la soustrait à l'action irritante de l'air ambiant, à la façon du badigeon que l'on fait avec le collodion, les corps gras, ou même l'huile de térébenthine.

Le contrôle de la valeur de cette explication, ainsi que celui des faits qui lui servent de base, sont à la portée de tous les médecins.

Suit le résumé de quelques observations qui nous paraissent suffisantes pour recommander l'essai de cette méthode. (*Gaz. méd. de Strasb.*)

Traitement de l'épilepsie par le bromure de potassium. Ce médicament semble obtenir de remarquables succès. A la Société de médecine de Bordeaux, une enquête a été ouverte sur son efficacité et plusieurs membres ont rapporté des faits confirmatifs de son action curative ou palliative de l'épilepsie. M. Chatard a cité le fait d'un enfant qui avait tous les jours deux à trois crises d'une violence extrême : à la suite de l'administration du bromure de potassium à la dose de 7 grammes par jour, les crises ne reparaissent que toutes les trois semaines et consistent seulement en un étourdissement de quelques secondes. — M. Marx, après avoir amélioré l'état d'une jeune fille de quinze ans, qui avait dix ou douze attaques par jour, à l'aide de l'élixir de Taillote et de l'iodure de potassium, a commencé l'emploi du bromure de potassium à dose croissante. De 1 gramme, le médicament a été porté successivement à la dose de 8 grammes dans les vingt-quatre heures. Sous son influence, la malade est restée cinquante-quatre jours sans crises.

M. Lugeol a obtenu dans quatre cas, soit une amélioration, soit une guérison complète. Le bromure n'a été, dans ces cas, administré qu'à la dose de 1 ou 2 grammes par jour. MM. Méran et Le Barillier ont eu des succès et des insuccès.

Il n'est pas toujours nécessaire de donner le bromure de potassium à la dose élevée de 7 ou 8 grammes pour obtenir de bons résultats. Aux faits cités par M. Lugeol, en voici un tiré de la pratique de M. Bleynie, de Limoges. Il s'agit d'un enfant de douze à treize ans qui avait une attaque d'épilepsie toutes les deux ou trois

semaines. Ces attaques étaient précédées d'une céphalalgie de plusieurs heures et suivies d'un coma d'une demi-journée. Pendant quelque temps j'administrai, mais sans résultat, l'oxyde de zinc. J'abandonnai ce médicament et je prescrivis, le 1er mai 1868, 15 grammes de bromure de potassium dans 500 grammes d'eau distillée à prendre à la dose de trois cuillerées par jour. Au bout de deux mois, je diminuai la dose d'une cuillerée, et après quatre mois de traitement, le malade n'ayant pas eu de nouvelle attaque, abandonna remède et médecin. Mais dans les premiers jours de janvier 1869, il fut atteint de nouveau, après *huit mois* de guérison apparente. Cette rechute le ramena auprès de moi, et je le remis immédiatement au traitement qui m'avait si bien réussi. Je ne doute pas que cette dose ne suffise, assez longtemps continuée, pour arrêter complétement les attaques. — Lorsque cette dose ne donne pas de résultat, rien n'empêche de l'élever à 7, 8 ou 10 grammes; mais il ne me semble pas nécessaire de l'élever systématiquement et dans tous les cas. Pourquoi 10 grammes si 1 gramme suffit? (*Revue médicale de Limoges.*)

Le suc d'ortie dans les hémorrhagies de la ménopause. Les médicaments indigènes sont trop dédaignés, dit M. Fonssagrives; ils recèlent souvent en eux des propriétés d'une utilité réelle que nous méconnaissons ou que nous oublions, entraînés que nous sommes à la recherche des médicaments exotiques « *Perigrinis et exoticis trahimur, indigena vero despicimus,* » comme disait déjà Baglivi. L'ouvrage de Cazin aura rendu un service réel en rappelant la valeur de notre flore indigène, qui pourrait presque suffire à la thérapeutique, et qui ne rencontre guère plus que le culte routinier de l'empirisme et de la tradition vulgaires. Le groupe des hémostatiques, si amplement pourvu qu'il paraisse, doit faire dans le suc d'ortie une acquisition précieuse ou tout au moins il doit la reconquérir sur l'oubli. L'ortie vulgaire ou ortie brûlante, *urtica urens*, recèle, en effet, des propriétés antihémorrhagiques d'une puissance très-remarquable. Elles sont de notoriété vulgaire à la campagne, dans certaines provinces de la France. En 1844, cette modeste plante, laissant son village, fit son entrée à l'Académie de médecine sous le patronage d'un médecin de campagne, M. Ginestel, et y rencontra pour parrain Mérat, qui fit un rapport élogieux sur son emploi dans les hémorrhagies. Peu après, un médecin de Rive-de-Gier, M. Kosciakewicz, publia des observations tendant à infirmer la valeur hémorrhagique du suc d'ortie et lui attribuant sur la sensibilité de l'estomac des effets que mon expérience personnelle ne confirme nullement. J'ai eu l'occasion de recourir au suc d'ortie chez une femme de quarante-six ans, présentant des métrorrhagies extrêmement inquiétantes, liées à la ménopause et contre lesquelles j'avais usé toutes mes ressources; le succès a été aussi complet que rapide. J'emploie dans ce moment le même moyen et pour des hémorrhagies de même nature, et voilà deux périodes menstruelles qui ont perdu sous cette influence le caractère hémorrhagique. Je prescris le suc d'ortie à la dose d'une cuillerée à bouche par jour pendant plusieurs jours consécutifs, et je n'ai vu aucun inconvénient de cette pratique; il n'y a pas d'effet physiologique appréciable; l'action du médicament ne s'accuse que par une diminution rapide ou même un arrêt du flux hémorrhagique. Je n'ai employé le suc d'ortie que dans ces cas; il y aurait lieu de voir si les autres hémorrhagies (épistaxis opiniâtres, flux hémorrhoïdal exagéré, hémoptysies) ne s'en accommoderaient pas également et si l'extrait n'aurait pas les mêmes propriétés que le suc. (*Gaz. hebd.*)

Traitement du tænia. Nous croyons être utile à nos lecteurs en leur donnant communication d'un procédé particulier employé par M. Hepp, le savant pharmacien de l'hôpital civil de Strasbourg, pour obtenir l'extrait éthéré de racine de fougère mâle.

Désireux de trouver un spécifique contre le tænia, M. Hepp fit venir tous les tæniluges. Il en reçut de toutes les parties du monde. Sa position de pharmacien d'un grand hôpital, dans une ville où le tænia est assez fréquent, lui permet de faire de nombreuses expériences. Aucun de ces tænifuges ne put faire espérer un succès constant et certain.

M. Hepp était surtout étonné de voir peu de guérisons survenir après les préparations de racine de fougère

mâle, si préconisées par les anciens. Convaincu que ceux-ci ne recommandaient certains remèdes qu'après en avoir éprouvé les qualités, il soupçonna que la différence des résultats pouvait bien tenir à une manière différente de préparer.

Voici les résultats pratiques auxquels il est arrivé après quelques tâtonnements. M. Hepp fait cueillir les rhizomes vers le mois de septembre. Il faut souvent en avoir de grandes quantités, car quelquefois avec 150 kilogrammes ainsi récoltés on n'a pu en extraire que 30 à 40 kilogrammes bons à la préparation. Mais voici comment il faut faire ce choix. Le rhizome pousse chaque année des frondes nouvelles. Leur base, qui s'insère au rhizome est, quand on en pratique la section, d'un très-beau vert, tandis que celle des autres frondes plus anciennes présente une coupe jaune ou noire. On ne prend que les parties vertes. On les traite par l'éther pur. (M Hepp affirme que la pureté de l'éther est une des conditions essentielles.) On obtient enfin, suivant la méthode classique, un extrait éthéré avec lequel on prépare des bols de 3 grammes. Avec les mêmes parties vertes, on prépare aussi une poudre.

Le malade est mis à la diète la veille du jour fixé pour administrer les bols et les poudres. Le soir, léger purgatif. Le lendemain matin, on fait prendre quatre bols (un bol toutes les cinq minutes), puis quatre paquets de poudre (chaque paquet renfermant 3 grammes de substance), de manière à laisser le malade sous l'influence prolongée du remède. Dans la soirée, on ordonne 40 grammes d'huile de ricin.

M. Hepp a toujours obtenu des guérisons. (*Marseille médical.*)

Empoisonnement par les lotions de tabac. E B***, bûcheron, et sa femme, atteints tous les deux de gale, vont consulter un pharmacien, qui conseille probablement des frictions avec la pommade d'Helmerich.

Mais on ne s'en était pas tenu au traitement du pharmacien. Nos paysans consultent un de ces hommes qui ont toujours de bons conseils pour les amis, conseils qui tuent quelquefois ceux qui les mettent à exécution.

Cet ami leur conseille de se bien laver avec une décoction faite avec savon noir, 40 à 50 grammes, et tabac en carotte, 60 grammes pour 3 litres d'eau, qu'on laissera réduire par l'ébullition à 2 litres ou 1 litre et demi.

Nos infortunés n'exécutent que trop bien l'ordonnance.

Les voilà tous les deux dans le costume le plus primitif, se lavant, se frottant, la femme frottant moins fort que le mari.

Vers huit heures et demie du soir, une demi-heure après le repas, nos gens s'essuient grossièrement; plus coquette, la femme s'essuie un peu plus que le mari, et tous deux s'empestant mutuellement, gagnent la couche conjugale où, environ un quart d'heure après, se déclaraient les accidents de l'empoisonnement par le tabac. Pendant la lotion, la femme B*** avait déjà éprouvé de la céphalalgie, des vertiges.

Le docteur Blanchard trouve le mari couché sur un lit; sa face est pâle, couverte de sueur visqueuse; il est plongé dans la stupeur, dont on le fait difficilement sortir; il accuse de violentes douleurs à l'estomac, se plaint d'éprouver un froid excessif, accuse fréquemment le besoin d'uriner. Le tégument paraît coloré par de l'ocre; les membres sont tremblants; le malade accuse des crampes dans les mollets, dans les cuisses, dans les bras, dans les mains, qui lui arrachent des cris; il est dans le délire. L'état général est des plus alarmants. A chaque instant surviennent des nausées, des vomissements, des déjections, rappelant par leur aspect les déjections cholériques, le pouls est petit, lent, misérable.

La femme du malade, âgée de vingt-sept à vingt-huit ans, qui se trouve près de lui, occupée avec des parents à lui prodiguer les soins que réclame son état, me dit que tous les deux ils se sont trouvés fortement indisposés peu après s'être mis au lit, vers neuf heures et demie du soir. Elle a commencé par se trouver gênée, drôle, étourdie, a éprouvé d'abord des nausées, puis a été prise de vomissements, de diarrhée violente. Son mari la voyant dans cet état, se croyant moins malade qu'elle, veut se lever, tombe, et semblable à un homme ivre, ne peut se tenir sur ses jambes; tout tourne autour de lui. A force de volonté, il parvient, en se traînant, à sortir de son domicile et à prévenir des voisins qui accourent leur prodiguer des secours.

Je m'empressai de faire laver le mal-

heureux, de débarrasser la peau autant que possible de tout ce qui pouvait rester de la solution. Je prescrivis pour tisane l'usage d'une limonade au citron, un peu acide; je fis donner une forte infusion de café alcoolisé, un lavement de café vinaigré.

En même temps, je prescrivis l'usage de la potion suivante :

Acétate d'ammoniaque......	10 gr.
Teinture de cannelle.......	5
Ether sulfurique.........	1
Teinture de vanille........	5
Hydrolat de fleurs d'oranger.	30
Hydrolat de menthe......	30
Infusion de mélisse........	100
Sirop simple...............	64

A faire prendre par cuillerée à bouche d'heure en heure.

Sous l'influence de cette potion le mieux survint. Il y eut chez les deux malades une éruption rubéolique et la guérison fut complète.

Du pansement du chancre primitif par la poudre de camphre. M. Champouillon, médecin-major de première classe, a recommandé le traitement suivant :

Parler du pansement du chancre semble un hors-d'œuvre après tous les traités qui ont paru depuis quinze ans sur les maladies vénériennes et qui contiennent tout un chapitre sur cette matière. Mais le moyen que je veux recommander est trop avantageux pour que je ne cède pas au désir de le faire connaître.

Le camphre en poudre est en effet le topique qui, depuis onze ans, m'a donné les meilleurs résultats dans le pansement du chancre primitif, qu'il soit mou ou induré, phagédénique ou non. Il a ses contre-indications toutefois, mais qui se tirent plutôt du siége de l'ulcère que de son espèce.

Le premier effet de l'application du camphre est de produire, vingt-quatre heures après le premier pansement, une teinte rose-claire des tissus environnants et des bords du chancre. Le fond lui-même de l'ulcère semble déjà moins gris. Le lendemain et les jours suivants, les bords s'affaissent, s'inclinent sur le centre; la douleur, quand elle existait, diminue; le chancre se déterge rapidement, et il est rare qu'au bout de cinq ou six jours le fond ne soit pas d'un rouge vif, tranchant sur la teinte rose des bords.

La cicatrisation arrive fréquemment en dix ou douze jours dans les cas ordinaires. Si l'ulcère est vaste, s'il y a du phagédénisme, si la constitution est mauvaise, il y aura du retard, n'en doutez pas, mais l'aspect du chancre se modifiera néanmoins très-rapidement et d'une façon assez évidente pour être appréciée par le malade lui-même. Il m'a paru que le pansement au camphre avait pour résultat de rendre les bubons plus rares. Je ne possède point de chiffre pour appuyer mon dire, mais j'ai toujours remarqué qu'en prenant un service nouveau j'y trouvais plus d'adénites suppurées que quelque temps après, quand le pansement au camphre était devenu le pansement ordinaire des chancres. Peut-être cela tient-il à ce que la cautérisation avec le nitrate d'argent, devenue d'une nécessité plus rare, était moins pratiquée.

Le siége de l'ulcère, ai-je dit, modifie les avantages du pansement que je signale. Les chancres qui se trouvent le mieux de cette application sont ceux du sillon et de la partie supérieure du gland ou de la face interne du prépuce, quand celui-ci recouvre habituellement le gland. Cette dernière condition est importante. Ceux du méat, du limbe, du prépuce et du fourreau se détergent bien encore, mais le camphre restant sec, la cicatrisation est plus lente, et il y a quelque avantage, au bout de quelques jours, à employer le vin aromatique. En définitive, dans ces derniers cas, le camphre se borne à donner meilleur aspect à l'ulcère, à le déterger et à le préparer à une cicatrisation rapide par le vin aromatique.

Le mode d'application est simple. L'ulcère, bien étalé, est entièrement recouvert de poudre de camphre très-fine et le prépuce est ramené à sa place avec les précautions nécessaires pour ne point chasser devant lui le pansement.

Deux fois dans la journée on remet une petite quantité de poudre sans enlever celle du pansement précédent, qui forme alors une pâte humide que je considère comme tout à fait favorable à une guérison rapide. Le lendemain même il n'est point nécessaire d'enlever cette pâte, dont on ne débarrasse le chancre que tous les deux ou trois jours, quand on veut s'assurer de l'état dans lequel il se trouve. (*Recueil de méd. et chir. militaires.*)

De l'emploi de la toile de caoutchouc vulcanisée dans les maladies dartreuses. La note suivante publiée par M. Colson, chirurgien de l'hôpital de Beauvais, nous paraît très-utile à être reproduite, parce qu'elle donne un moyen facile de soigner certaines maladies de la peau qui sont souvent retardées par l'incapacité où sont les malades de garder un repos nécessaire à la guérison, car il consiste dans l'isolement des parties malades par un corps isolant qui en même temps les modifie.

La toile de caoutchouc vulcanisée est connue aussi dans le commerce sous le nom de *toile d'hôpital.* Son prix n'est pas très-élevé. L'enduit qui la recouvre est très-solide et résiste longtemps à l'usage et au lavage à l'eau froide. Elle est très-supérieure à la toile gommée, qui est comme elle imperméable, mais qui se déchire à chaque pansement.

Je l'emploie, dit notre confrère, en simples compresses que j'applique sur la partie malade, recouvertes d'une bande roulée ou d'un bandage de corps, ou bien je lui donne la forme de la partie, celle d'une calotte à la tête, d'un masque à la figure, d'un gant à la main, d'un chausson ou d'un demi-chausson au pied, ou bien encore je la fais faufiler à la surface interne d'une camisole ou d'un caleçon.

Ce qu'il importe, c'est que la toile de caoutchouc intercepte toute communication avec l'air et maintienne la partie dans un bain de transpiration continuelle.

Son premier effet est de provoquer la chute des squammes et des croûtes qui se sont concrétées à la surface de la peau. Comme elles sont soulevées de dedans en dehors par l'abondante transpiration qui se produit, ces concrétions sont détachées sans excoriation, et le plus souvent en un ou deux jours.

L'humeur de la transpiration qui est claire et qui ne fait que roidir le linge quand il n'y a à la surface de la peau ni fistules ni ulcérations, est le plus souvent louche et tache le linge en jaune quand la peau est ulcérée ou fendillée. Elle s'amasse en gouttelettes à la surface interne de la toile en quantité d'autant plus grande que la maladie est plus intense et que la peau est plus épaisse. Son abondance m'a paru généralement s'accroître après les premiers jours de l'application de la toile, de telle sorte qu'alors la sécrétion cutanée s'exagère au point de ruisseler de toutes parts et de s'écouler sur les parties voisines. Plus tard elle diminue, et cette diminution est un signe d'amélioration.

Mais le plus grand bienfait de la toile vulcanisée est le calme qu'elle procure. Dès que la partie commence à être baignée par la transpiration, la chaleur, la tension de la peau et la démangeaison disparaissent. On observe cet effet à toutes les époques de la maladie, aussi bien dans sa plus grande intensité, lorsque ces symptômes si fatigants sont en permanence, qu'à la fin, lorsqu'une guérison prochaine menace d'échapper à chaque instant par la réapparition du prurit. Combien de fois n'ai-je pas vu les malades interrompre d'eux-mêmes les autres moyens pour reprendre à mon insu l'usage de la toile qui les soulageait toujours, au point que sous ce rapport rien ne peut lui être comparé, surtout dans le traitement de l'eczéma. Je crois avoir prévenu bien des rechutes en revenant pour quelques jours à l'application de la toile, lorsque la démangeaison m'annonçait qu'une nouvelle transpiration était nécessaire, et ces faits me disposent à admettre l'opinion de M. Cazenave, qui place le siége de l'eczéma dans les glandes sudoripares et dans leurs conduits enflammés.

C'est surtout dans les formes humides des maladies dartreuses que la toile vulcanisée rend des services; l'eczéma simplex, de sa nature éphémère, en exige à peine l'emploi.

J'ai eu principalement à m'en louer dans les formes graves de l'eczéma rubrum, fendillé et impétigineux. Les effets qu'elle produit sont les mêmes, quel que soit le siége de la maladie. Elle dégorge la peau par l'écoulement abondant qu'elle provoque, et elle prépare à merveille l'action des remèdes spécifiques. La commodité de son application permet d'en prolonger l'usage sur les parties recouvertes de poils plus longtemps que celui des cataplasmes, et elle diminue beaucoup la gravité et la persistance de ces affections toujours si tenaces quand elles viennent à envahir les parties pileuses.

Quand l'épiderme est très-épais, comme aux mains et aux pieds, l'application de la toile vulcanisée lui rend la perméabilité qu'il a perdue; il peut

être de nouveau traversé par la sueur au lieu d'être soulevé par des vésicules qui donnent à la peau l'aspect rugueux. Un gant de caoutchouc conservé pendant quelque temps, ne serait-ce que la nuit, pourvu que le malade mette pendant le jour des gants de peau, favorise la cicatrisation des crevasses des plis articulaires, et la peau, reprenant bientôt son élasticité, cesse d'avoir la disposition à se crevasser.

Depuis que j'emploie ce moyen, la durée des eczémas aigus graves n'a généralement pas été de plus d'un mois à six semaines. Il ne faut pas un temps beaucoup plus long dans l'eczéma chronique pour rendre à la peau son épaisseur et sa souplesse; mais la guérison est à chaque instant retardée par de nouvelles poussées eczémateuses. Ces recrudescences, qui tiennent probablement aux qualités irritantes qu'acquiert le sang chez les sujets dartreux, sont souvent déterminées par un simple refroidissement. Aussi est-il nécessaire de bien garantir des courants d'air et du froid humide, surtout la peau des parties eczémateuses qui est devenue très-susceptible. (*France médicale.*)

VARIÉTÉS.

Par décret en date du 17 avril, M. le docteur Germain, médecin-major de 1re classe, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

Par décret en date du 21 avril 1869, M. le docteur Teinturier, médecin-major de 2e classe, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Par décret du 2 juin 1869, l'Empereur, sur la proposition du maréchal ministre de la guerre, a nommé chevalier dans l'ordre de la Légion d'honneur, pour prendre rang du 29 mai 1869, M. Noël (François-Félix-Raymond), médecin-major de 2e classe au 2e régiment de tirailleurs algériens; 15 ans de service, 9 campagnes.

Par décret impérial en date du 15 mai, rendu sur la proposition du ministre de l'Intérieur, la Société protectrice de l'Enfance, dont le siége est à Paris, a été reconnue d'utilité publique.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger. — M. Alcanarat, docteur en médecine, suppléant pour les chaires d'accouchement et de chirurgie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger, est chargé du cours de pathologie interne à ladite Ecole, en remplacement de M. Frison, dont la démission est acceptée.

M. Stéphann, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires d'accouchement et de chirurgie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger, en remplacement de M. Alcantara, appelé à d'autres fonctions.

Concours. — Le concours d'agrégation près la Faculté de médecine de Paris (section de chirurgie et accouchements) vient de se terminer par les nominations suivantes:

Chirurgie: MM. Lannelongue, Ledentu, Dubrueil, Cocteau.

Accouchements : M. Guéniot.

Eaux minérales. — M. le docteur Verjon est nommé médecin inspecteur des eaux de Plombières, en remplacement de M. le docteur Lhéritier, démissionnaire.

Le docteur Alfred Fournier, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté, a commencé des conférences cliniques sur l'étude de la syphilis chez la femme, à l'hôpital de Lourcine, le jeudi 20 mai, à neuf heures du matin, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Pour les articles non signés : F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Des indications thérapeutiques et du traitement des maladies du cœur (1).

Par le docteur J. Bucquoy, agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Il est bien difficile, quand on aborde le traitement de maladies presque incurables, comme le sont la plupart des affections cardiaques, de se défendre d'un sentiment de découragement profond, et de ne pas se demander à quoi bon tant d'efforts pour arriver à un diagnostic précis, si, en définitive, la thérapeutique est désarmée et la terminaison à peu près fatalement mortelle.

Mais, s'il était juste, ce raisonnement ne s'appliquerait pas seulement aux maladies du cœur, mais au plus grand nombre des maladies chroniques pour lesquelles, aussi bien que pour celles qui nous occupent, vous ne pouvez prétendre à une guérison que ne comportent pas des lésions irrémédiables. Est-ce à dire pour cela que vous devrez rester simples spectateurs du long drame qui se déroulera sous vos yeux, et que votre rôle sera à ce point effacé ? Ne le croyez pas ; car il est peu de maladies, au contraire, où votre intervention sera plus souvent réclamée, et où les soins d'un médecin éclairé se montrent plus réellement efficaces. Dans ces affections si longues et si pénibles, ce sont à chaque instant de nouveaux accidents, de nouvelles complications, que vous serez appelés à combattre ; et si vous avez le tact et l'habileté que donne la science des indications, vous aurez souvent la consolation de détourner, pour quelque temps du moins, le coup qui menaçait vos malheureux malades.

N'est-ce donc rien, quand on ne peut empêcher une issue funeste, d'enrayer la marche de la maladie, ou tout au moins d'apporter au malade le soulagement qu'il est en droit d'attendre de nous ?

Cela dit, voyons quelles sont les règles à suivre dans le traitement des maladies du cœur, et cherchons en même temps si vous ne ren-

---

(1) Extrait des leçons cliniques sur les maladies du cœur, professées à l'Hôtel-Dieu et publiées par *l'Union médicale* (3e série, 1869).

contrerez pas quelques indications plus spéciales, en rapport avec les formes diverses qu'elles présentent.

Considérées dans leur évolution régulière, les maladies du cœur offrent, en général, à distinguer trois périodes principales : 1° une période de début, pendant laquelle un acte morbide, souvent de nature inflammatoire, crée l'obstacle, cause réelle et point de départ de la maladie ; 2° une période de compensation, période de lutte dans laquelle, grâce à un surcroît d'activité et à des lésions salutaires, le cœur arrive à surmonter les entraves apportées au cours du sang; 3° enfin une période de cachexie ou terminale, qui commence avec la rupture de la compensation et se caractérise par l'apparition de tous les symptômes qui peuvent résulter de l'enrayement des fonctions cardiaques.

A chacune de ces périodes répondent des indications thérapeutiques et un traitement particuliers. Toutefois, comme il ne s'agit ici que de la maladie confirmée, il ne peut être évidemment question du traitement de la période initiale, et je laisse absolument de côté tout ce qui a trait à la manière de combattre les accidents morbides qui président le plus ordinairement à leur développement.

Nous arrivons donc immédiatement à cette période où la lésion est établie et se révèle par des signes que le médecin ne peut méconnaître; quelle conduite doit-il alors tenir?

Si vous cherchez les indications dans les symptômes offerts par le malade, le plus souvent vous ne les rencontrerez pas; car vous n'avez pas oublié que, tant que la lésion est compensée, ceux-ci sont à peu près nuls et la maladie latente. Or vous vous trouvez en face d'une lésion contre laquelle vous savez que vous êtes impuissants ; toutes les fonctions s'accomplissent avec une régularité suffisante; la conclusion toute naturelle n'est-elle pas que vous devez abandonner la maladie à elle-même, et que toute intervention de votre part serait au moins inopportune?

Telle n'est pourtant pas la conclusion que vous tirerez du caractère latent de l'affection, si vous vous rappelez à quelles conditions le cœur doit de garder, malgré la lésion dont il est le siége, ses fonctions à peu près intactes. L'existence d'un obstacle permanent entraîne aussitôt un surcroît d'activité de l'organe ; à ce surcroît d'activité répondent de nouvelles altérations qui ne sont salutaires, suivant l'expression de Traube, qu'autant qu'elles aident à la compensation ; mais vous savez aussi qu'il faut vous attendre à ce que, tôt ou tard, le cœur ne suffise plus au travail excessif qui lui est im-

posé, et c'est alors qu'apparaissent les symptômes véritablement menaçants de la maladie. Le devoir du médecin est donc de chercher, autant qu'il est en son pouvoir, à placer l'organe malade dans les conditions les plus favorables au maintien de l'intégrité de ses fonctions, et de retarder ainsi l'époque où surviendra la cachexie cardiaque. De là un certain nombre d'indications que nous allons passer rapidement en revue, et desquelles découle le traitement des maladies du cœur à la période de compensation.

1° *Indications générales.* — En présence d'un organe malade et condamné à un surcroît de travail continuel par le fait même de la permanence de la lésion, l'indication principale est de l'affranchir de toute stimulation qui serait de nature à en exagérer l'activité morbide. Le malade sera donc soumis aux règles de l'hygiène la plus sévère; ainsi, jamais d'efforts inutiles ni de fatigues excessives; éviter avec soin les veilles et les excès de toutes sortes; se garder autant que possible des émotions violentes; se placer dans les conditions d'une vie calme et paisible : tels sont les moyens les plus propres à donner à l'organe affecté le repos relatif qui lui est nécessaire, et à arrêter les progrès de la maladie.

Ces précautions, toujours utiles pour prévenir les conséquences toujours fâcheuses de la lésion cardiaque, sont absolument indispensables lorsque, sous l'influence de quelque circonstance accidentelle que l'attention la plus rigoureuse ne permet pas toujours d'éviter, le cœur se trouve momentanément un peu forcé ; avec quelques soins et un régime sévère, l'asystolie peut n'être que passagère, et le malade est bientôt rendu à ses conditions de santé ordinaires.

Il faut tenir aussi grand compte de l'influence des agents extérieurs sur les fonctions en rapport immédiat avec la circulation. L'action du froid et de l'humidité sur la peau et sur l'appareil respiratoire entraîne si facilement une gêne consécutive de la circulation cardiaco-pulmonaire, qu'on doit avoir grand soin d'en garantir les malades. C'est pour cette raison que vous conseillerez l'usage habituel de la flanelle sur la peau, l'habitation dans des lieux secs et bien exposés, le séjour dans le Midi pendant la mauvaise saison, etc., et vous ne négligerez jamais de combattre les moindres accidents qui seraient de nature à précipiter la marche de la maladie.

2° *Indications spéciales.* — En dehors des précautions générales que nous venons d'indiquer, et qui ne sont que l'application méthodique des moyens hygiéniques appropriés, il est d'autres indications

plus spéciales qui découlent à la fois du caractère et du siége de la lésion cardiaque, ainsi que de ses effets consécutifs sur l'organe affecté.

Puisque la maladie ne peut demeurer latente qu'autant que la lésion reste condensée, vous respecterez, vous favoriserez même le plus que vous pourrez les lésions secondaires qui aident à la compensation. Ainsi, dans le rétrécissement aortique où, grâce à l'hypertrophie consécutive, le cœur lutte avec avantage contre l'obstacle et lance dans les artères une ondée suffisante, vous vous garderez bien d'entraver en quoi que ce soit le développement de cette altération secondaire, et au besoin vous vous appliquerez à soutenir l'action du cœur, si celle-ci vient à être défaillante.

Mais votre intervention sera plus impérieusement réclamée dans les cas de dilatation, qui conduisent directement et rapidement à l'affaiblissement des parois cardiaques ; il sera nécessaire alors d'appeler la thérapeutique à votre secours, et de chercher à rendre au cœur un peu de l'énergie qu'il perd chaque jour.

Ce but, vous l'atteindrez surtout à l'aide des toniques et des reconstituants. Il y a loin de cette médication vraiment rationnelle, qui repose sur une connaissance exacte de la physiologie pathologique des désordres cardiaques, à la méthode des saignées et de la diète à outrance connue sous le nom de *traitement d'Albertini et de Valsalva*, autrefois si préconisée et aujourd'hui heureusement entièrement bannie de la thérapeutique des maladies du cœur. Appliqué dans toute sa rigueur, je ne connais pas de moyen plus sûr de ruiner les forces du malade et de le jeter en peu de temps dans une cachexie irrémédiable.

Cette proscription, entendons-nous bien, n'est absolue qu'autant qu'elle s'applique à la méthode ; et pour les émissions sanguines en particulier, il est bien des cas où elles trouvent, à cette époque même de la maladie, leur indication formelle. Il peut arriver, par exemple, que des congestions répétées et plus ou moins permanentes annoncent une tension excessive ; ou bien encore que, sous l'influence de quelque complication accidentelle du côté des organes respiratoires, la circulation cardiaco-pulmonaire se trouve momentanément troublée. Dans ces conditions, une déplétion sanguine ou locale est nécessaire et sera presque toujours suivie des meilleurs effets. A mesure que la tension du système veineux diminue, le cœur ne tarde pas à récupérer toute l'énergie de ses contractions ; le soulagement suit immédiatement, et, si la saignée est suffisamment mé-

nagée, il n'y a nullement à craindre qu'elle devienne une cause d'affaiblissement pour le malade.

Ainsi, dans la période de compensation, la médication sera, en général, tonique et reconstituante, et, pour la diriger, on se réglera plus encore sur l'état général du sujet que sur les conditions du cœur lui-même. Elle sera, toutefois, plus particulièrement indiquée dans les formes qui, comme les lésions de l'orifice aortique, ont pour effet de diminuer notablement le volume de la colonne sanguine artérielle et sont, pour cette raison, toujours accompagnées d'une anémie assez prononcée.

Telles sont les conditions dans lesquelles vous prescrirez avec le plus d'avantage le quinquina uni aux amers et aux ferrugineux; et si, à ces agents thérapeutiques, vous joignez les précautions hygiéniques, repos absolu, alimentation légère, etc., sur lesquelles j'ai déjà suffisamment insisté, vous verrez le plus souvent cesser le trouble momentané des fonctions cardiaques, et le malade reprendre bientôt ses occupations habituelles.

Il peut se faire cependant que ces moyens ne suffisent pas, si surtout vous avez déjà à combattre un affaiblissement un peu persistant de la contraction ventriculaire. A l'usage des toniques joignez alors l'emploi de quelques stimulants; dans ces circonstances, le vin, l'éther, la liqueur anodine d'Hoffmann, l'acétate d'ammoniaque, etc., sont appelés à vous rendre de grands services, car leur action excitante sur le système nerveux est éminemment propre à réveiller les contractions de l'organe.

A cette époque de la maladie, et lorsque déjà certains troubles de la nutrition ne permettent pas de méconnaître que la fonction même de l'hématose est bien réellement en souffrance, on peut se demander s'il ne serait pas possible de retarder la cachexie imminente en reconstituant le malade à l'aide d'un de ces moyens si employés dans un grand nombre de maladies chroniques, je veux parler de l'hydrothérapie et du traitement thermal.

Nul doute qu'il n'est aucune médication plus puissante et plus capable de relever les forces d'un organisme défaillant; à ce point de vue, il semble donc qu'il n'en soit pas de mieux indiquée. Mais il ne faut pas oublier que vous n'obtiendrez cet effet reconstituant qu'au prix d'une stimulation souvent très-énergique et toujours assez longtemps prolongée et que, par conséquent, vous allez imposer au cœur un surcroît de travail qui doit, s'il n'est plus capable de le soutenir, précipiter nécessairement la marche de la maladie.

On comprend donc qu'en face de cette appréhension, la plupart des médecins s'abstiennent de conseiller et proscrivent même l'emploi des eaux minérales et de l'hydrothérapie.

Si, en effet, on se trouvait toujours dans cette alternative d'un danger certain à courir en vue d'un succès plus ou moins hypothétique, mieux vaudrait évidemment rejeter complétement l'application de ces moyens. Mais les faits ont parlé, et il n'est pas douteux que bon nombre de malades ont tiré de grands avantages de leur séjour dans une station thermale ou dans un établissement hydrothérapique. Ce sont donc des médications qui peuvent avoir leur utilité et qu'il serait injuste de proscrire ; mais ce sont aussi des armes à deux tranchants qu'il faut manier avec habileté et dont on ne doit se servir qu'avec précaution ; le tout est donc de mesurer leur application et de savoir dans quelles conditions et comment elles doivent être employées.

Elles trouvent, je l'ai dit, leur indication dans la nécessité de reconstituer les forces générales de l'organisme en activant la circulation et la fonction hématosique ; leurs contre-indications résultent, au contraire, du danger d'une stimulation trop vive qui pourrait avoir pour conséquence la suspension complète des mouvements du cœur et la mort par syncope, ou du moins l'affaiblissement définitif de ses contractions avec les symptômes de l'asystolie confirmée.

Vous ne soumettrez donc jamais à ce genre de traitement les malades qui, par le caractère même de la lésion dont ils sont affectés, sont exposés à périr de mort subite. Ainsi, l'insuffisance aortique présente pour cette raison une contre-indication formelle, sans compter que l'âge relativement avancé des malades chez lesquels on la rencontre ordinairement est peu favorable à une médication qui exige toujours une certaine force de résistance.

Ce traitement conviendrait mal également dans les cas d'insuffisance mitrale un peu avancée, lorsque les parois cardiaques affaiblies commencent à subir déjà un certain degré de dégénérescence. Il ne peut donc être employé avec quelque sécurité que par des malades dont l'affection n'est par très-ancienne, et chez lesquels on a constaté que le rétrécissement l'emporte sur l'insuffisance. Si le sujet est jeune encore, la maladie d'origine rhumatismale, et le rhumatisme pour une bonne part dans l'anémie qui aggrave les conséquences de la lésion cardiaque, les conditions les plus favorables pour le succès de la médication que nous cherchons à apprécier se

trouvent réunies, et l'emploi de l'hydrothérapie ou des eaux thermales, sous la direction d'un médecin prudent et éclairé, donnera le plus ordinairement d'excellents résultats.

Arrivées à leur période ultime, dans cette phase de leur évolution où se manifeste la cachexie cardiaque, les maladies du cœur présentent de nouvelles indications qui découlent à la fois de l'état du cœur lui-même, de la manière dont il fonctionne et des phénomènes généraux qui sont la conséquence du désordre de la circulation.

Comme fait initial et servant de point de départ au développement de la cachexie cardiaque, nous avons signalé la rupture de la compensation et l'affaiblissement des contractions du cœur, en un mot ce que, depuis Beau, on est convenu d'appeler l'*asystolie*. Qu'elle soit primitive et directe comme dans les affections du cœur droit et les cardiopathies symptomatiques d'une maladie pulmonaire, qu'elle soit secondaire et indirecte, comme il arrive lorsque les orifices gauches sont altérés, toujours l'asystolie a pour caractère fondamental, ainsi que nous l'avons établi, une exagération de la tension veineuse, c'est-à-dire le renversement du rapport qui existe normalement entre les tensions artérielle et veineuse. La distension des veines sous-cutanées et profondes, les congestions viscérales et les hydropisies, d'une part, la petitesse du pouls artériel, d'autre part, ne sont autre chose que l'expression symptomatique de la loi qui gouverne l'asystolie; ce sont là, en effet, les signes principaux par lesquels se révèlent l'affaiblissement de la systole ventriculaire et l'insuffisance de la compensation. De ces données, fournies par une analyse clinique rigoureuse, surgit immédiatement la double indication qui domine le traitement de l'asystolie. La première est de chercher à rendre au cœur la contractilité qu'il a perdue; la seconde, de ramener à leurs rapports normaux les tensions respectives des deux systèmes artériel et veineux.

Pour répondre à cette double indication, vous n'avez pas de médicament plus efficace que la *digitale*, qui, pour cette raison, peut être vraiment regardée comme le remède par excellence des maladies du cœur; mais ce médicament, si utile quand il est donné à propos et d'une manière convenable, peut devenir extrêmement nuisible s'il est, comme il arrive trop souvent, administré inconsidérément. Ce n'est pas, remarquez-le bien, le remède de tous les cas et de tous les moments de la maladie; il y a ici une question de dose et d'opportunité tout à fait capitale, d'où dépend le succès de la médication. C'est ce que je vais essayer de démontrer en vous

faisant connaître le mode d'action de la digitale, et la manière de l'employer.

Si vous étudiez l'action physiologique de ce médicament, et ce travail vous est rendu facile par les savantes recherches auxquelles on s'est livré dans ces dernières années (Traube, Sée, Legroux, Bordier, C. Paul, etc.), vous trouverez dans l'analyse des faits expérimentaux ces deux phénomènes : 1° le ralentissement des battements du cœur; 2° l'augmentation de la pression artérielle. Ces résultats sont constants, à condition toutefois qu'on ait la précaution de n'administrer que de petites doses de digitale.

Peut-être êtes-vous curieux de savoir comment et par quel mécanisme de tels effets sont produits; quel rôle joue le système nerveux dans cette action si particulière de la digitale sur le cœur; si cette action ne s'exerce pas directement sur la fibre musculaire du cœur elle-même. Ce sont là autant de questions aujourd'hui encore extrêmement discutées, dont la solution heureusement nous importe peu pour le moment. Ce qui intéresse surtout le clinicien, ce sont les résultats de l'action du médicament chez l'homme sain comparés avec ceux que l'on obtient dans l'état de maladie, et en particulier dans les affections cardiaques, car c'est de là seulement qu'on peut déduire les applications thérapeutiques.

Or, sur ce point, pas de doute possible; l'action de la digitale sur le cœur est bien la même, que cet organe soit dans ses conditions physiologiques, qu'il soit au contraire plus ou moins profondément altéré. En voulez-vous la démonstration? Vous n'avez qu'à vous rappeler les exemples que vous aviez encore dernièrement sous les yeux, et plus spécialement les deux malades dont j'ai analysé les observations dans nos précédentes conférences, les numéros 20 de la salle Sainte-Jeanne et 6 de la salle Saint-Antoine (1).

Chez ces deux malades, à leur entrée à l'hôpital, les battements du cœur étaient faibles et irréguliers; le pouls, petit et misérable. Un gonflement très-prononcé des veines, la cyanose de la face et des extrémités, des hydropisies considérables, indice d'une tension veineuse excessive, ne permettaient pas de méconnaître une asystolie des plus accusées. Sous l'influence de petites doses de digitale données pendant un temps assez long, peu à peu les battements du cœur se sont régularisés, le pouls s'est relevé; en même temps, l'urine a recommencé à couler avec plus d'abondance, les veines

(1) Dans l'*Union méd.*, p. 667 et 312.

sont devenues moins turgides, les épanchements eux-mêmes se sont en grande partie résorbés; bref, au bout de quelques semaines, tous les symptômes de l'asystolie avaient disparu, et il y avait une amélioration notable.

Ainsi, dans l'un et l'autre cas, vous avez constaté les effets physiologiques du médicament : la régularisation et le ralentissement des battements du cœur, ainsi que l'augmentation de la pression artérielle; mais en même temps vous avez pu reconnaître que l'action thérapeutique de la digitale n'est que le corollaire de son action physiologique; car, d'une part, ce n'est qu'en augmentant la puissance contractile du cœur qu'elle a modéré le tumulte de ces battements, et, d'autre part, par l'élévation de la pression du sang dans les artères, nous n'avons fait que rétablir le rapport normal de la tension dans les deux systèmes. Or, vous le savez, ce sont là les deux indications capitales qui se présentent dans l'asystolie, et les exemples précédents vous ont montré jusqu'à quel point la digitale, aidée du repos et d'un régime convenable, peut y satisfaire quand la maladie, toutefois, n'est pas trop avancée.

Comme, en définitive, les accidents ne cèdent qu'au retour de la compensation, et que celle-ci ne se rétablit qu'autant que le médicament parvient à ranimer les contractions affaiblies du cœur, nous sommes autorisés, par conséquent, à considérer, avec Beau, la digitale ainsi administrée comme un véritable *tonique du cœur;* et lors même qu'elle semble n'être, comme on le dit, qu'un *sédatif cardiaco-vasculaire*, soyez bien convaincus que c'est le plus souvent par son action tonique sur les parois cardiaques qu'elle arrête le désordre d'où résulte le tumulte ou l'exagération des battements du cœur.

Ce mode d'action de la digitale une fois bien compris, rien n'est plus facile que d'en formuler les contre-indications. Puisqu'elle agit surtout de manière à augmenter la puissance des contractions du cœur, vous vous garderez de la prescrire dans l'hypertrophie simple de cet organe, où elle est doublement contre-indiquée par l'énergie de la systole et par l'exagération de la pression artérielle. De même aussi, et à plus forte raison, vous abstiendrez-vous de combattre par ce moyen les effets des lésions compensatrices tant que le cœur lutte encore avec succès contre l'obstacle que rencontre l'ondée sanguine au niveau d'un orifice rétréci. Ajouter encore au surcroît d'énergie qu'il développe serait l'exposer à se fatiguer promptement et provoquer ainsi une asystolie prochaine.

C'est encore un remède que vous n'emploieriez qu'avec de grands ménagements dans la cachexie cardiaque avancée, lorsque le teint jaunâtre de la face et l'albuminurie persistante, comme vous en avez un exemple en ce moment au numéro 31 de la salle Sainte-Jeanne, vous feront supposer que les parois du cœur ont déjà subi une altération profonde, et très-probablement de la dégénérescence graisseuse.

J'arrive maintenant à la manière dont la digitale doit être administrée; c'est un point capital dans cette question de thérapeutique.

En étudiant l'action de la digitale, et en vous montrant ses effets toujours identiques, j'ai eu soin de vous faire observer qu'on ne les obtenait qu'à la condition de donner ce médicament à petites doses et pendant un temps relativement assez long. Les résultats seraient tout autres si la digitale était administrée d'une manière différente. Ainsi que Traube l'a parfaitement établi, à doses élevées et toxiques, ses effets sont absolument l'inverse de ceux que nous connaissons; car, loin de ralentir les battements du cœur, la digitale alors les accélère, et, loin d'accroître la pression artérielle, elle l'abaisse notablement.

Ceci vous explique les divergences que vous rencontrerez dans les résultats obtenus par les divers expérimentateurs, qui n'ont pas toujours suffisamment tenu compte, dans leurs recherches, du mode d'administration de la digitale et des doses employées. Vous comprenez, en outre, comment l'élévation des doses peut rendre, à un moment donné, l'usage de ce médicament non-seulement inutile, mais même fâcheux. En diminuant la tension artérielle, vous augmenterez nécessairement la tension veineuse, c'est-à-dire que vous créez vous-mêmes une sorte d'asystolie artificielle qui, s'ajoutant à celle qui résulte de l'affaiblissement des parois du cœur contribue à aggraver le mal et à en précipiter le dénoûment.

On ne peut donc espérer combattre l'asystolie par la digitale qu'en la donnant à doses modérées. La meilleure préparation que vous puissiez employer est la poudre des feuilles de digitale, que vous prescrirez à la dose de 10 à 20 centigrammes, soit en pilules, soit suspendue dans une potion qu'on prendra dans les vingt-quatre heures. Les feuilles de digitale, et mieux encore la poudre, à la dose de 20 à 60 centigrammes, sont aussi communément employées en infusion qu'on peut donner soit en tisane, soit en potion.

Outre ces préparations, vous avez encore à votre disposition la teinture alcoolique de digitale, infiniment préférable à la teinture

éthérée, qui se donne à la dose de 10 à 40 gouttes par jour; et la digitaline, que je vous engage cependant à n'employer qu'avec réserve, en raison même de son extrême activité (par granules de 1 milligramme, 1 à 4 par jour).

Une dernière remarque sur cette médication. Quelle que soit la prudence que vous ayez apportée dans l'administration de la digitale, vous devez en surveiller incessamment l'action, parce qu'elle s'accumule dans l'organisme et peut, à un moment donné, si vous n'y prenez garde, produire des effets tout autres que ceux que vous pouvez en attendre. Comme élément d'appréciation, je vous conseille, à l'exemple de M. Jaccoud, de tenir grand compte de l'état de la sécrétion urinaire; vous allez en comprendre facilement la raison.

Par l'action qu'elle exerce sur la pression artérielle, la digitale tend à augmenter l'écoulement de l'urine, toujours diminuée quand se manifeste l'asystolie. C'est donc un diurétique puissant et, à coup sûr, le meilleur que vous puissiez employer dans les affections cardiaques. Attendez-vous donc, dans les premiers temps de son administration, à voir augmenter la quantité d'urine rendue dans les vingt-quatre heures. Tant que la sécrétion urinaire est abondante, comme le dit M. Jaccoud, il n'y a pas de danger; mais si, le régime et la médication restant les mêmes, la quantité d'urine rendue en vingt-quatre heures diminue de nouveau et tend vers le chiffre qu'elle présentait au commencement du traitement, oh! alors soyez certain que la pression artérielle a commencé à s'abaisser; l'asystolie artificielle est proche, il faut s'arrêter. (*Clinique médicale*, p. 212.)

La nécessité de diminuer la tension veineuse et de combattre les hydropisies qui en sont la conséquence, donnent à la médication diurétique une importance considérable dans la période terminale des affections du cœur.

Parmi les nombreux médicaments réputés diurétiques, c'est encore la digitale qui occupe, ainsi que nous venons de le voir, le premier rang, et sur laquelle vous devez surtout compter pour remplir cette indication. Aussi entre-t-elle dans la plupart des préparations usitées dans ce cas, comme dans le vin de Trousseau (vin diurétique de l'Hôtel-Dieu), où elle est unie à la scille et à l'acétate de potasse.

La scille est un médicament que vous emploierez également avec avantage; elle fait avec le quinquina la base du célèbre vin amer diurétique de la Charité.

L'oxymel scillitique est encore une excellente préparation, d'un

usage journalier, qu'on ajoute à la tisane ou dans les potions, avec ou sans addition de sirop de pointes d'asperges.

Plusieurs sels ont des propriétés diurétiques incontestables; les plus employés sont les sels de potasse : nitrate, acétate, tartrate, etc., que vous donnez dans la tisane à la dose de 2 à 4 grammes. Les tisanes que l'on conseille le plus ordinairement sont celles dans la composition desquelles entrent les espèces dites *diurétiques*, ou encore les tisanes de chiendent, de pariétaire, d'uva ursi, etc.

En même temps que vous cherchez à désemplir le système veineux en provoquant l'accroissement de la sécrétion urinaire, vous devez profiter de l'intégrité ordinairement parfaite des voies digestives pour agir de la même manière sur celui de la veine porte ; les purgatifs répétés remplissent merveilleusement cette indication. Quelque avancée que soit la maladie, il est rare, en effet, qu'une purgation un peu abondante ne procure pas un soulagement immédiat, et la facilité avec laquelle elle est généralement supportée permet d'en répéter impunément l'emploi à d'assez courts intervalles. Vous choisirez de préférence les purgatifs dits *hydragogues*, qui, à doses modérées, déterminent un flux abondant et ne fatiguent pas les malades. Les plus usités dans ce cas sont la scammonée, à la dose de 40 à 60 centigrammes, et la teinture composée de jalap ou eau-de-vie allemande de 15 à 30 grammes, additionnée ou non d'une égale quantité de sirop de nerprun.

Je n'ajouterai rien à ce que j'ai dit précédemment sur l'emploi des émissions sanguines pour combattre les congestions viscérales qui se développent dans le cours des affections cardiaques. Lorsque l'état avancé de la maladie contre-indique l'application de ce moyen, ce sont encore, avec les révulsifs cutanés, les purgatifs et les diurétiques qui seront les meilleurs remèdes contre ces complications et réussiront le mieux à en retarder les fâcheuses conséquences.

Quand arrive enfin le moment où les hydropisies sont considérables, et que, par leur abondance même, elles menacent la vie du malade, il devient absolument nécessaire d'évacuer directement le liquide épanché. Alors se posent l'indication de la ponction abdominale contre l'ascite, et beaucoup plus rarement celle de la thoracentèse contre l'hydrothorax. Ce sont là, vous le comprenez bien, des moyens auxquels on ne recourt que lorsqu'on a vraiment la main forcée, car ils ne peuvent avoir que des effets purement palliatifs, et toujours le liquide se reproduit avec une extrême rapidité.

Il n'en est plus de même des piqûres que vous serez souvent obli-

gés de faire sur les extrémités inférieures pour remédier à la distension énorme que l'œdème leur fait subir. Pratiquées en petit nombre, elles donnent issue à une quantité de sérosité considérable, dont l'écoulement se continue en général assez longtemps, non-seulement pour amener la diminution du membre œdématié, mais pour soustraire même, dans quelques cas favorables, une notable quantité du liquide épanché dans les cavités séreuses.

Seulement, et je termine par cette dernière recommandation, n'employez jamais la lancette pour pratiquer ces piqûres, et évitez de les trop rapprocher, dans la crainte de voir survenir, comme complication, ces inflammations érysipélateuses et gangréneuses, si communes et si dangereuses en parcille circonstance.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Réflexions sur quelques points relatifs au traitement des hernies étranglées;

Par M. le docteur Tillaux, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

Le traitement des hernies étranglées a été formulé par le professeur Gosselin d'une façon très-nette; il se résume à ceci : tout viscère sorti de la cavité abdominale et étranglé doit y rentrer le plus vite possible, soit par le taxis, soit par la kélotomie. Voici, en effet, la pratique de l'éminent chirurgien : lorsque se présente une hernie étranglée et que l'intégrité de l'intestin ne peut être suspectée, il commence par pratiquer le taxis, d'abord sans chloroforme, puis avec chloroforme. Si la réduction n'est pas opérée, il pratique séance tenante le débridement et ensuite la réduction, qui est en somme le but qu'il faut atteindre.

Nul doute que le professeur de la Charité ait rendu à la thérapeutique de l'étranglement herniaire un service considérable : pas de temporisation, pas de traitement médical, pas de sangsues, etc., etc. On perd ainsi un temps précieux et l'expérience a démontré deux choses : 1° que le traitement médical était inerte; 2° que l'opération avait d'autant plus de chances de réussir, qu'elle était pratiquée plus tôt. On sait que le professeur Gosselin s'est attaché surtout à combattre la théorie de Malgaigne, théorie qui, faisant jouer un rôle capital à l'inflammation, conduisait le chirurgien à une thérapeutique dangereuse.

Il faut, toutefois, reconnaître qu'il est impossible de rejeter complétement la vieille théorie de l'engouement où la nouvelle théorie de l'inflammation qui n'en font qu'une. Tout le monde a vu, et pour notre compte nous avons maintes fois observé, pendant notre passage à Bicêtre, de grosses et vieilles hernies, irréductibles en totalité ou en partie, affectées soit d'engouement, soit d'inflammation, soit d'étranglement léger, peu importe la théorie, dont les symptômes diminuaient insensiblement avec le repos et les cataplasmes. Je ne dissimule pas qu'il existe là une certaine obscurité que je n'ai ni l'intention ni le pouvoir d'éclaircir ici. Mais pour les hernies récentes, ordinairement réductibles, peu volumineuses, étranglées et s'accompagnant des symptômes de l'obstruction intestinale, M. Gosselin nous a tracé une règle de conduite précieuse, car elle est logique.

En présence d'une hernie étranglée, le chirurgien n'a donc en réalité à sa disposition qu'un seul moyen sérieux pour la réduire, le taxis *sans* ou *avec débridement*.

Le taxis simple, quand il réussit, est un moyen merveilleux; tous les accidents disparaissent comme par enchantement; aussi n'est-il pas étonnant qu'on ait cherché à étendre la sphère d'action de ce moyen. C'est ainsi que Seutin a eu la pensée de dilater l'anneau avec le doigt en refoulant les téguments; que Diffenbach a songé à la section sous-cutanée de l'agent constricteur; procédés ingénieux sans doute, mais d'une application incertaine toujours, d'une application impossible souvent. Il y faut donc renoncer.

Le taxis étant un moyen souvent efficace et presque toujours inoffensif, c'est par lui qu'il est rationnel de commencer le traitement. Mais que de difficultés déjà au début du traitement!

Faut-il pratiquer un taxis modéré ou un taxis forcé?

Combien de temps faut-il pratiquer le taxis?

A quelle période de la hernie le taxis cesse-t-il d'être praticable?

Questions sur lesquelles l'accord est loin d'être complet.

C'est ainsi que M. Gosselin emploie le taxis à deux, quatre et six mains, tandis que beaucoup de chirurgiens ne veulent qu'un taxis modéré; que la plupart des chirurgiens emploient le taxis pendant un temps assez limité alors que d'autres le prolongent de longues heures si c'est nécessaire. On en peut juger par la discussion sur la hernie étranglée qui s'est produite l'an passé à l'Académie royale de médecine de Belgique. Pour M. Thiry, le taxis doit être *méthodique, progressif et persévérant*. Par ce mot persévé-

rant, M. Thiry entend qu'il faut le continuer pendant douze et quinze heures de suite si c'est nécessaire. « Que la compression, dit-il, soit régulière, soutenue, qu'elle soit faite avec conviction, en un mot qu'on y mette le temps, qu'on fasse repasser successivement dans l'abdomen et par petites portions à la fois la tumeur étranglée, et la réduotion s'opérera certainement, quelles que soient l'étroitesse des anneaux et les dimensions de la hernie. Ici vouloir c'est pouvoir. »

Nous sommes loin en France, y compris même, je pense, le professeur Gosselin, de partager pour le taxis l'enthousiasme de M. Thiry.

Je pense, pour mon compte, que si le taxis simple, pratiqué convenablement pendant un quart d'heure au plus, sur un malade plongé dans le sommeil anesthésique, ne réussit pas, il y a lieu de procéder au débridement.

Le taxis a de grands avantages sans doute, mais il a des inconvénients que le chirurgien doit toujours avoir présents à l'esprit. On peut réduire la hernie avec le collet qui l'étrangle, on peut réduire un intestin perforé ou près de l'être.

Le chirurgien a-t-il des points de repère sûrs qui lui permettent d'affirmer que le taxis sera ou ne sera pas inoffensif? Non, il n'en a pas. Certes, si la peau est rouge, si la tumeur est molle, détendue, s'il y a une rémission dans les symptômes généraux, aucun doute n'est possible, on ne fera pas le taxis; mais est-on certain, en l'absence de ces signes, que l'intestin peut être réduit sans danger? Non. Je n'en veux pour preuve que le fait suivant :

En 1868, dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine, je trouve à la visite du matin un malade atteint d'une hernie inguinale droite étranglée. Hernie du volume du poing, vingt-quatre heures d'étranglement. Peau saine, fortement tendue, aucun phénomène de réaction locale.

Je pratique un taxis modéré pendant quelques minutes et j'ai la satisfaction de voir la hernie céder et rentrer complétement dans l'abdomen. La visite n'était pas terminée que, loin d'être soulagé, le malade était en proie à d'atroces douleurs abdominales et il succombait deux heures après. L'autopsie révéla une perforation intestinale et un épanchement stercoral dans le péritoine.

Ce fait était d'autant plus désastreux qu'il n'apportait pas avec lui son enseignement, car il serait absurde de conclure que le taxis n'est pas applicable à une hernie inguinale étranglée depuis vingt-

quatre heures, alors qu'aucun phénomène local ne permet de soupçonner la gangrène.

La durée de l'étranglement fournit de précieux renseignements, mais il s'en faut bien qu'il y ait à cet égard rien d'absolu ; en voici la preuve :

Le 31 octobre 1865, je vois rue Lacépède, avec le docteur Bourienne, une femme de soixante et onze ans atteinte d'une *hernie crurale droite étranglée*. L'étranglement remontait à huit jours. Comptant rencontrer l'intestin gangrené, je pratique de suite l'opération. L'intestin était absolument sain.

Le même jour, à Bicêtre, je reçois dans mon service un vieillard atteint de *hernie inguinale droite étranglée*. L'étranglement datait de treize heures. Je pratique un taxis modéré qui ne réussit pas, j'opère alors et trouve l'intestin perforé.

Ce sont là des exceptions, mais il n'est pas moins important d'être prévenu qu'elles peuvent exister. On conçoit dès lors comment les opinions les plus opposées se justifient par des faits également exacts et bien observés.

Supposons que le taxis a échoué; le chirurgien se décide à pratiquer la kélotomie. Il incise couche par couche et arrive sur le sac. Ici se pose encore une question d'un grand intérêt : faut-il débrider et réduire sans ouvrir le sac à la manière de J.-L. Petit, ou faut-il ouvrir le sac et débrider le collet ? Nul doute que si la première manière était toujours praticable, elle réduirait la kélotomie aux proportions d'une opération presque bénigne, puisque la cavité péritonéale ne serait pas ouverte. Mais la théorie doit ici, comme partout, céder le pas à l'examen des faits ; or il n'est pas douteux que, dans bon nombre de cas, c'est le collet qui étrangle, et que par conséquent l'ouverture du sac est indispensable. C'est du reste une question que je ne fais qu'effleurer sans la résoudre, car ce n'est pas elle que j'ai pour but d'étudier dans cet article.

Le sac est ouvert et le chirurgien a sous les yeux l'anse intestinale étranglée. Voici la pratique généralement mise en usage :

Si l'intestin est sain, on débride et on le réduit; si l'intestin est perforé ou manifestement gangrené, on le laisse dans la plaie après avoir établi un anus contre nature; rien de difficile dans ces deux cas. Mais il en est d'autres où la lésion est limitée à la tunique séreuse, par exemple, et desquels le professeur Gosselin dit : « Ces cas sont trop rares et n'ont pas été notés avec assez de soin dans la plu-

part des observations pour que je puisse démontrer rigoureusement que la non-réduction est moins dangereuse que la réduction. »

Il est donc utile de recueillir les observations de cette espèce et c'est pour cela que je publie celle qui suit :

Obs. I. *Hernie crurale gauche étranglée. Kélotomie. Phlyctène sous-péritonéale. Réduction. Guérison.* — La nommée Forget (Rosalie), domestique, âgée de cinquante ans, entre le 7 avril dernier dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Marthe, n° 18.

Hernie crurale gauche étranglée du volume d'un marron. L'étranglement date de seize heures. Des tentatives réitérées de taxis ont été faites avant son entrée à l'hôpital.

Suppression des selles, vomissements bilieux, etc., etc., aucun signe de péritonite.

Je pratique le taxis modéré sans chloroforme, puis avec chloroforme, après avoir prévenu la malade que je l'opérerais en cas d'insuccès du taxis. La hernie, ne se réduisant pas, je fais immédiatement la kélotomie. Incision comme à l'ordinaire, le sac ne contient pas de liquide; l'anse est complète et l'intestin congestionné. Ne voyant aucune apparence de gangrène, je débride sur le ligament de Gimbernat, qui était l'agent d'étranglement. Attirant alors légèrement l'intestin pour constater son état au niveau du collet, *le péritoine se détache de l'intestin dans une étendue de 4 centimètres carrés environ, comme le fait l'épiderme dans une brûlure au deuxième degré.* J'eus un instant d'indécision, mais la tunique musculeuse me paraissant saine, je me décidai à réduire.

Je fais donner de suite à la malade une cuillerée d'huile de ricin et après les garde-robes 10 centigrammes d'opium. Pansement simple.

8 avril. Selles peu abondantes, quelques nausées, mais pas de vomissement, douleurs abdominales assez vives et coliques. Pouls à 76.

Cataplasme laudanisé sur le ventre. 10 centigrammes d'opium.

9. Nausées, douleurs de ventre spontanées et augmentées par la pression au-dessus de l'arcade crurale gauche. Pas de gonflement du ventre. Pouls à 70. Même prescription.

10. Même état. Pouls à 75.

12. Les douleurs du ventre ont disparu. Un peu d'appétit, quelques coliques dans la nuit, suivies d'une selle abondante.

16. La plaie est cicatrisée. Facies bon. Appétit convenable. Ni douleurs, ni coliques.

25. La malade se lève et se promène dans la salle; elle quitte l'hôpital en très-bon état le 1er mai.

Le résultat prouve que j'ai eu raison de réduire dans ce cas assez embarrassant; il est toutefois bon de faire remarquer que la malade a eu de la péritonite, localisée il est vrai au pourtour de l'anse réduite, mais qui aurait pu se généraliser.

Nous avions l'étranglement par le collet du sac, l'étranglement par les anneaux, par les orifices du facia cribriformis, M. Chassaignac en a signalé, en 1864, une autre variété qu'il appelle *étranglement par vive arête.* Dans ces cas, l'étranglement des hernies n'est pas formé par un anneau circulaire; il est dû à la pression de l'anse herniée formant une sorte de coude sur une arête que présente un des points de l'ouverture herniaire, sur le ligament de Gimbernat, par exemple, lorsqu'il s'agit de la hernie crurale. L'expression d'*étranglement par inflexion d'une anse intestinale sur une vive arête,* rendrait mieux peut-être la pensée de M. Chassaignac.

Ce mode d'étranglement ne me paraît pas avoir été jusqu'alors généralement accepté; c'est pour cela que je crois utile de faire connaître le fait suivant, qui n'a pas laissé le moindre doute dans mon esprit sur la réalité de son existence.

Obs. II. *Hernie crurale étranglée par inflexion sur le bord externe du ligament de Gimbernat. Kélotomie. Mort par péritonite.* — Carot (Charles), âgé de vingt-cinq ans, entre à Saint-Antoine, salle Saint-Barnabé, le 8 mars dernier.

Il portait, dit-il, depuis longtemps une hernie inguinale droite descendant dans les bourses, pour laquelle il avait été exempté du service militaire. En faisant un effort le 6 mars, deux jours avant son entrée, il avait éprouvé une douleur vive au niveau de la hernie, et un médecin du quartier aidé d'un bandagiste avaient exercé sur elle depuis ce moment de longues et infructueuses pressions.

Je fis répéter plusieurs fois à ce jeune homme, très-intelligent du reste, les renseignements qui précèdent, car ils étaient en désaccord complet avec ce que j'observais. En effet, le scrotum était vide et j'introduisais aisément mon doigt dans l'anneau inguinal et dans le canal qui étaient complétement libres. Il existait une tumeur du volume d'un petit œuf au-dessous de l'arcade crurale. Quoi qu'il en soit, il avait bien tous les symptômes d'une obstruction intestinale

et de plus le ventre était déjà ballonné et très-douloureux à la moindre pression. Cependant, eu égard à l'obscurité des renseignements, je préférai donner un purgatif et remettre la réduction à quelques heures plus tard.

A quatre heures du soir, il n'avait pas été à la selle, les vomissements et tous les autres symptômes avaient plutôt augmenté que diminué. La date de l'étranglement, la nature de la hernie, les efforts antérieurs de taxis, le commencement de péritonite, me firent adopter de suite la kélotomie. Le malade étant endormi, j'arrive, couche par couche, jusque dans le sac, qui contenait un peu de sérosité noirâtre. Anse complète d'intestin, qui est inclinée de façon que la convexité de l'anse regarde en dedans. Je saisis l'anse dans mes doigts pour la redresser, afin d'explorer le pourtour du pédicule et choisir le lieu convenable pour débrider et réduire ensuite l'intestin qui était sain ; mais à peine ai-je redressé l'anse infléchie et que je l'ai remise par conséquent dans l'axe de l'orifice par lequel elle s'était engagée, qu'elle rentre immédiatement d'elle-même dans le ventre, sans aucune pression de ma part et sans le moindre débridement.

Je fus très-surpris, je l'avoue, et, portant mon doigt dans l'anneau, je sentis et fis sentir aussi nettement que possible le bord falciforme du ligament de Gimbernat sur lequel l'anse intestinale était coudée.

Ce genre d'étranglement est très-curieux, mais il intéresse de plus la thérapeutique. En effet, toute pression agissant directement sur la hernie au lieu de la réduire, ne fera que l'infléchir davantage. C'est là certainement un cas très-défavorable au taxis employé comme le recommande notre confrère belge, M. Thiry.

Les suites de l'opération furent d'abord satisfaisantes. Les douleurs diminuèrent notablement, mais pour reparaître le lendemain. La péritonite ne put être arrêtée dans sa marche et le jeune homme succomba le 13 mars.

Il est peu de sujets qui aient attiré l'attention des chirurgiens autant que l'étranglement herniaire, et c'est justice, car combien de points ne restent pas obscurs dans cette question ! Il faut donc accepter avec empressement tous les travaux qui ont pour but de rendre la kélotomie moins meurtrière, et à ce titre nous examinerons l'importante étude de M. Marc Girard sur la *kélotomie sans réduction*.

Si les chirurgiens varient d'opinion sur un certain nombre de points relatifs à l'étranglement herniaire, il en est au moins un sur lequel l'accord semblait être unanime : c'était de faire rentrer au plus tôt dans l'abdomen l'intestin reconnu sain, c'était de réduire.

M. le docteur Marc Girard fait dans son travail le procès à la réduction.

Les conclusions suivantes feront bien connaître la substance de l'ouvrage ainsi que la pensée de l'auteur :

« La réduction de l'anse intestinale après le débridement de l'agent constricteur est la cause pour ainsi dire unique des nombreux insuccès de la kélotomie.

« La réduction n'est pas une manœuvre de nécessité première, elle ne répond à aucune indication.

« Dans l'opération de la hernie étranglée, il ne faut pas réduire, il faut laisser l'intestin dans la plaie, et le quatrième temps de la kélotomie doit être supprimé tout entier. »

Tout témoigne, dans cet ouvrage, que M. le docteur Marc Girard a une ardente conviction, qu'il espère beaucoup dans l'emploi de la kélotomie sans réduction. Nous ne demandons pas mieux pour notre compte que d'être convaincu, et nous félicitons sincèrement notre jeune confrère d'avoir apporté son tribut à l'étude d'une question aussi importante et aussi difficile que celle de l'étranglement herniaire. Cependant qu'il ne nous sache pas trop mauvais gré de lui dire que, jusqu'à nouvel ordre, nous ne saurions partager son enthousiasme. Car dans une question de cette nature, ce n'est pas une théorie qu'il faut, ce sont des faits. Or M. Girard a recherché soigneusement un certain nombre d'opérations dans lesquelles l'intestin n'ayant pu être réduit, soit à cause de gangrène ou à cause d'adhérences, les malades ont néanmoins guéri.

M. Girard dit : Ces malades ont guéri, *parce que* la force des choses a voulu que le chirurgien ne pût réduire. Que répondrait-il si je lui disais : Ces malades ont guéri *quoique* la force des choses ait empêché le chirurgien de réduire. M. Girard doit savoir qu'un grand nombre des hernies adhérentes sont des hernies volumineuses anciennes très-susceptibles d'inflammation ou d'étranglement léger, qui guérissent souvent sans aucune opération. Je ne dis pas que M. Girard a tort de proposer la kélotomie sans réduction, je n'en sais absolument rien, puisqu'il n'y a pas de faits, pas un seul fait dans son livre qui plaide pour ou contre, car en vérité l'observation du docteur Riquard ne saurait être invoquée en faveur de sa mé-

thode. En effet, MM. Legay et Riquard opèrent une hernie crurale étranglée, et, n'ouvrant pas le sac, abandonnent l'intestin après avoir débridé ; puis il survient une fistule stercorale. Il ne faut pas compter ce cas comme un succès de la nouvelle méthode, car n'est-ce pas sans doute aussi une fistule stercorale qui se serait établie si on eût abandonné la malade à elle-même. Ces messieurs ont, par l'incision des enveloppes herniaires, avancé le travail de la nature, mais voilà tout. Que M. Girard ne prenne pas comme exemples des hernies irréductibles qui guérissent après l'opération, *quoique* le chirurgien n'ait pu les réduire; qu'il nous montre au contraire, et son procès alors sera gagné haut la main, une bonne statistique (surtout nombreuse, pour éviter les séries) de hernies qui n'aient pas été réduites, parce que le chirurgien ne l'a pas voulu.

Je ne ferai pas à la théorie de M. Girard un grand nombre d'objections, puisqu'elle n'est pas, à mon avis, suffisamment appuyée sur des faits; je me contenterai de quelques remarques. La réduction est mauvaise, selon l'auteur, surtout parce qu'on introduit dans la cavité péritonéale une anse intestinale qui propage ainsi à tout le péritoine une inflammation limitée jusqu'alors à la cavité du sac. Cela n'est pas exact. Toutes les fois qu'on réduit une anse intestinale par le taxis, cette anse était évidemment enflammée et cependant combien n'est-il pas exceptionnel de voir la péritonite après le taxis? Ce n'est pas la rentrée de l'anse qui est dangereuse, c'est l'ouverture du sac, c'est la plaie pénétrante abdominale que vous pratiquez et qui communique avec la cavité péritonéale, que vous fassiez rentrer ou non, et qui communique d'autant plus certainement que vous débridez. Je crains bien qu'en ne réduisant pas immédiatement vous n'ajoutiez à la gravité déjà si grande de l'ouverture du péritoine les inconvénients très-nombreux inhérents à la non-réduction elle-même.

La kélotomie sans ouverture du sac ne serait-elle pas une admirable opération si l'étranglement avait toujours lieu par l'anneau et si l'état de l'intestin pouvait être prévu, ce qui est impossible, et cependant on réduit dans ce cas. Non, certainement ce n'est pas le fait de la rentrée dans le ventre d'un intestin sain qui aggrave l'opération, c'est la plaie péritonéale.

La kélotomie est une opération grave entre toutes, et nous ne devons cesser d'en chercher la cause, ainsi que l'a fait consciencieusement M. Marc Girard.

L'opération de l'ovariotomie me paraît être de nature à nous révéler une des causes, la plus importante peut-être, de la mortalité à la suite de la kélotomie.

Comment meurent les opérés ? (Je ne parle que des opérés dans de bonnes conditions, sans gangrène ni péritonite antérieure, que nous devrions guérir dans la grande majorité des cas.) Ils meurent de péritonite consécutive à l'opération.

Comment meurent le plus souvent les femmes ovariotomisées ? De péritonite consécutive à l'opération.

Or tous les chirurgiens sont unanimes pour reconnaître que si l'ovariotomie donne aujourd'hui de nombreux succès, c'est à cause du soin extrême, minutieux même, qu'on prend de ne pas laisser séjourner dans le péritoine une seule goutte de sang, ni une seule goutte de liquide. Il vaut mieux toucher une surface péritonéale un peu saignante avec du perchlorure de fer ou le fer rouge, que de laisser après la suture le plus léger suintement. La guérison est à ce prix. Ce n'est pas le contact prolongé de l'air qu'on redoute dans l'ovariotomie, c'est le séjour et plus tard la décomposition putride des liquides épanchés.

Que se passe-t-il quand on opère une hernie étranglée ? On débride sur le doigt sans voir exactement où porte le bistouri ; il y a toujours un petit écoulement de sang, mais assez faible pour que le chirurgien ne s'en occupe pas. On réduit, et le doigt est porté dans l'anneau pour s'assurer qu'il est libre, qu'il communique directement avec la cavité péritonéale, puis, sur cet anneau ouvert on referme une plaie plus ou moins saignante dont tous les produits d'exsudation tombent dans le péritoine.

C'est là sans doute une hypothèse ; mais elle doit être prise en sérieuse considération si l'on songe à ce qui se passe pour l'ovariotomie. Aussi j'engage les chirurgiens à faire tous leurs efforts pour empêcher la chute du sang dans la cavité péritonéale.

Une objection à faire encore à la théorie de M. Marc Girard, c'est l'existence des collets multiples. En se contentant de débrider sans réduire, on s'expose à ne pas lever le véritable siége de l'étranglement, et si plus tard on s'en aperçoit, il peut être trop tard.

J'ai observé cette année, dans mon service, deux cas de hernies inguinales à doubles collets, dont voici la relation succincte :

Obs. III. Durand (Louis), âgé de trente ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine avec une hernie inguino-scrotale droite étranglée depuis quatre jours. La tumeur, bilobée, offre l'aspect d'un bissac

dont la portion rétrécie serait à la partie moyenne du scrotum.

Constatant de la chalcur, de la rougeur et de l'empâtement avec des symptômes de péritonite, je pratique le 3 février la kélotomie. Le sac étant mis à nu, on reconnaît très-nettement deux collets, l'un supérieur au niveau de l'anneau inguinal externe, l'autre inférieur à 5 ou 6 centimètres au-dessous. J'ouvre le sac en incisant le collet inférieur et trouve toute la portion d'intestin située au-dessous frappée de sphacèle. Le collet supérieur ne gênait en rien la circulation des matières. J'établis un anus contre nature, et une sonde introduite dans le bout supérieur de l'intestin donne issue à une quantité considérable de matières fécales.

Malgré l'opération, la péritonite continue à s'étendre de plus en plus et le malade succombe le 9 février.

Le second cas, plus heureux, me paraît assez instructif pour que j'en donne la relation.

Obs. IV. Leduc (César), quarante-deux ans, ébéniste, entre le 25 mars dernier à la salle Saint-Barnabé, pour une hernie inguinale droite étranglée depuis vingt-quatre heures. Je me conforme comme d'usage au précepte de mon maître, le professeur Gosselin, c'est-à-dire : taxis sans chloroforme d'abord, puis taxis avec chloroforme, et, en cas d'insuccès, opération séance tenante.

Le sac ouvert, je reconnais la présence du collet au niveau de l'anneau externe et je débride à l'ordinaire. L'intestin ne peut pas rentrer. Jugeant mon débridement insuffisant, je débride une seconde fois. La pression sur l'intestin ne peut réduire, ou plutôt il se produit un phénomène singulier. Je parviens, en pressant avec deux doigts de chaque main, à faire franchir à l'anse intestinale le collet ; mais à peine ai-je retiré mes doigts, que l'intestin s'échappe de nouveau au dehors comme un ballon de caoutchouc qu'on emprisonnerait dans un espace trop étroit.

J'introduis alors mon doigt dans la cavité abdominale presque aussi loin qu'il peut atteindre et je rencontre un second collet. Pénétrant de force dans ce collet avec mon indicateur, je puis en vaincre la résistance. Une légère pression suffit ensuite pour réduire complétement l'anse herniée.

Les accidents d'étranglement disparaissent aussitôt.

Le malade conserve bien pendant quelque temps un peu de gonflement du ventre, quelques douleurs, quelques coliques, il survient même un phlegmon du scrotum. Mais ces accidents ne font que retarder la guérison, qui était absolue le 19 mai.

CHIMIE ET PHARMACIE

Préparation des crayons médicamenteux;

Par M. Bouilhon, pharmacien.

L'usage des crayons médicamenteux a été jusqu'à présent assez restreint, malgré les avantages que cette forme paraissait offrir. Ceci tient à leur procédé de préparation, qui est loin de donner un produit tel que l'opérateur pourrait le désirer.

Pour les obtenir, on se contente soit de les tailler tant bien que mal dans un gros cristal de sel, soit de fondre le sel et de le couler dans une lingotière. Les substances organiques, comme le tannin, sont mélangées de gomme, de mie de pain, et roulées en cylindres.

Il en résulte des crayons tellement fragiles, que l'opérateur les trouve souvent brisés au moment où il veut s'en servir. De plus, leur pointe est extrêmement dure et piquante, inconvénient grave dès qu'il s'agit de les appliquer au traitement des maladies des yeux; si elle s'use ou se casse pendant l'opération, on n'a pas toujours sous la main les moyens de lui rendre sa finesse primitive.

Ces inconvénients qui m'avaient été signalés à diverses reprises, surtout par des médecins oculistes, m'ont engagé à rechercher un procédé de moulage produisant des crayons doués d'une certaine élasticité. Voici le procédé tel que je l'ai modifié:

On pulvérise la substance en poudre *impalpable* et on la mélange intimement à poids égal de gutta-percha fondue. La masse obtenue est roulée encore chaude en crayons de la dimension voulue et qui contiendront, par conséquent, moitié de leur poids de matière active. Pour les corps réductibles, comme l'hypermanganate de potasse, on remplace la gutta-percha par de la paraffine aussi pure que possible.

Ce procédé permet d'obtenir des crayons de dimension et de forme quelconques. Ils sont élastiques, ne risquent jamais de se casser dans les mains de l'opérateur, et leur pointe, qu'on peut obtenir de la finesse voulue, ne peut blesser les organes avec lesquels on la met en contact. Ils se taillent avec la plus grande facilité à l'aide d'un instrument tranchant; mais il ne faut point oublier qu'ils sont constitués par une éponge de gutta-percha retenant la substance médicamenteuse interposée; il est donc utile d'aviver de

temps en temps les surfaces qui ont déjà servi pour mettre de nouvelle matière active à nu, dès que celle des couches superficielles est enlevée.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Simple note sur les irrigations vagino-utérines à grande eau dans diverses affections de l'organe gestateur. — Excellents effets de ce mode de traitement dans un cas de métrorrhagie très-grave, occasionnée par des corps fibreux sous-péritonéaux de l'utérus.

J'ai lu avec d'autant plus d'intérêt le remarquable article de M. le docteur Desprès, relatif aux injections d'eau chaude dans le traitement de diverses métropathies (1), que depuis au moins cinq ans je mets moi-même en œuvre, dans un certain nombre d'affections de l'utérus, ce mode de traitement, qui m'a constamment fourni les plus brillants résultats.

Comme le système d'irrigation dont fait usage mon savant confrère n'est pas à la disposition de tous les praticiens, j'ai pensé qu'il serait bon de leur faire connaître celui dont je me sers moi-même. Sa construction est d'une telle simplicité, que la nouvelle méthode se trouve, par là, dégagée de tout embarras matériel ; ceci revient à dire que ce puissant modificateur, j'en ai la ferme assurance, ne tardera pas à prendre un rang important dans la thérapeutique des affections utérines.

Pour effectuer mes irrigations utéro-vaginales, j'ai d'abord fait usage du simple et vulgaire clysopompe ; mais cet instrument présente un grand inconvénient ; il entraîne, pour la personne qui le met en œuvre, une grande fatigue, vu que la durée de chaque séance varie de vingt à trente minutes.

Pour supprimer ce véritable travail de manœuvre, j'ai enfin eu l'idée d'utiliser le tuyau de caoutchouc de l'appareil. Au lieu de le visser au corps de pompe de l'instrument, je l'ai adapté à la partie inférieure d'un seau, d'une terrine formant réservoir. Avec de tels éléments, que l'on trouve partout à sa disposition, on peut en quelques instants construire un excellent système d'injections, fonctionnant par le seul fait de la pression atmosphérique.

(1) Voir le numéro du 30 mai dernier.

Il est toutefois un autre mode auquel je n'ai pas tardé à donner la préférence, car il réalise encore de plus grands avantages. A tout prendre, son prix est moins élevé, car le tube en caoutchouc n'est pas recouvert. De plus, considération capitale, la force de projection du jet d'eau est facultative ; elle dépend essentiellement de la hauteur relative du réservoir, et partant, de la longueur du tube.

Le petit appareil dont je fais usage est composé de trois pièces : un tube en caoutchouc vulcanisé de la grosseur du doigt, long de 1 mètre à 1 mètre et demi ; à chacune de ses extrémités s'adaptent deux petites pinces ; une canule, munie d'une ou plusieurs ouvertures pour le passage du liquide à injecter ; un ajustage en bois, canaliculé, destiné à mettre le tube en rapport avec le réservoir dans l'ouverture préparée duquel il est enfoncé à fort.

Voici la manière de faire usage de cet appareil :

Le réservoir, posé sur une table un peu élevée, est rempli du liquide à injecter. Non loin de l'appareil est disposé à terre un récipient de grandeur convenable, muni de deux planchettes parallèles, sur chacune desquelles doit reposer l'un et l'autre ischion de la malade. Cette dernière, une fois commodément installée sur ce siége improvisé, la canule est introduite dans le conduit vaginal. Le liquide de l'injection s'y précipite aussitôt pour retomber bientôt dans le réservoir.

Ce mode de douchage, on le voit, est des plus simples. Quant à sa puissance d'action, l'observation suivante, que je choisis au hasard au milieu d'un grand nombre d'autres non moins remarquables, va suffire pour en donner une juste idée :

Mme G***, âgée de trente ans, est depuis deux ans éprouvée par des pertes utérines très-abondantes, se renouvelant plusieurs fois par mois. Teint cachectique, épuisement extrême, sentiment de pesanteur hypogastrique des plus pénibles.

Le 29 janvier dernier, je suis appelé auprès d'elle dans des conditions jugées désespérées.

Par le toucher, je constate en arrière du col, d'ailleurs sain, une tumeur qui me fait tout d'abord croire à une rétroflexion ; mais bientôt je reviens de cette idée, trouvant en avant de l'organe une autre tumeur correspondant au corps de l'utérus hypertrophié. A la région hypogastrique existe, de plus, une autre tumeur mobile. J'avais donc affaire à des polypes multiples intrapéritonéaux, source évidente de ces métrorrhagies rebelles.

Pour unique traitement j'ai aussitôt conseillé les irrigations

utéro-vaginales à grande eau tiède, de 15 à 30 litres chacune, et répétées trois fois par jour.

Dès la première douche disparaissent et l'hémorrhagie et la pénible sensation de pesanteur hypogastrique. Ce traitement a été continué avec persévérance pendant six à huit semaines. Depuis ce moment aucune métrorrhagie anormale ne s'est reproduite. Cette jeune femme a été plusieurs fois réglée comme dans l'état de santé. Elle a repris ses travaux ; bref, jusqu'à présent, elle se porte à merveille, et le résultat a dépassé ma propre espérance.

Du reste, je dois l'ajouter, nombre de fois déjà j'ai employé ce modificateur héroïque pour réprimer les pertes utérines réputées les plus graves ; or, jamais encore jusqu'ici je ne l'ai vu faillir à mon espoir. En ce moment même, je donne des soins à trois personnes affectées de cancer utérin, donnant lieu, par le passé, à des pertes de sang considérables et répétées. Depuis que j'ai soumis ces malades à ce mode de traitement, tout écoulement sanguin pathologique a cessé de se produire. Avant sa mise en œuvre, une foule de moyens mis en pratique par divers confrères s'étaient montrés impuissants. Deux de ces femmes m'ont été envoyées des îles de Ré et d'Oléron ; la troisième habite la Rochelle. Cette dernière est âgée de cinquante ans. Depuis trois mois elle n'a pas répandu une goutte de sang. Ces trois malades ont toutes été condamnées par des confrères comme affectées de cancer de l'utérus. Dr L. Hamon.

La Rochelle, 2 juin 1869.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Saignée et pneumonie (1). — Les nombreux travaux que nous avons publiés dans ces derniers temps sur le traitement de la pneumonie ont montré que nous ne sommes pas exclusifs et que chaque médication, y compris la saignée, peut avoir son indication, qui est pour nous le premier degré d'une congestion intense au début. Aussi croyons-nous utile au lecteur de reproduire l'intéressante clinique de M. Peter, qui vient à point compléter tout ce que l'on peut dire sur la saignée dans la pneumonie.

(1) Leçon clinique faite à l'hôpital de la Pitié par le docteur Peter, agrégé de la Faculté.

Vous avez été témoins, hier matin, d'un fait presque monstrueux; vous avez vu saigner un malade dans un service de médecine! C'est que, « par un juste retour des choses d'ici-bas, » à Paris, cette ville où, il y a un demi-siècle, on versait le sang humain avec une si prodigieuse complaisance, à Paris, la saignée est devenue chose à peu près inconnue. Pourquoi de telles exagérations en sens différent, et les vues théoriques qui motivent l'abstention actuelle sont-elles fondées? C'est ce que nous examinerons tout à l'heure; mais, avant d'aborder le point de doctrine, voyons le fait qui le soulève.

Avant-hier est entré, au numéro 19 de la salle Saint-Paul, un jeune homme de dix-neuf ans, garçon de salle, pâle, lymphatique, et qui, le soir même de son entrée, parut assez peu malade au chef de clinique. Le lendemain matin, les choses étaient bien changées; le malade était très-pâle, mais de la pâleur asphyxique; ses lèvres violacées ressortaient en vigueur sur le fond livide de son visage, et le jeu de ses narines indiquait la dyspnée qui le suffoquait. En effet, il respirait *soixante-huit fois* par minute. D'ailleurs, le pouls battait de 128 à 132 fois dans le même temps.

Il y avait ainsi discordance évidente entre les mouvements respiratoires et les contractions cardiaques, puisque le rapport entre ceux-là et celles-ci était presque de 1 à 2 au lieu de 1 à 4, comme il est ordinaire. Le malade, couché sur le côté gauche, était plongé dans une somnolence de mauvais augure, dont nos questions le tiraient à grand'peine. La dyspnée était donc excessive et le péril imminent.

D'un autre côté, on constatait l'existence d'un œdème pâle et *non douloureux* des malléoles et des paupières de l'œil gauche, surtout de la paupière supérieure. Le malade était-il albuminurique? Se trouvait-on par hasard en présence d'une anasarque scarlatineuse, anasarque consécutive à une de ces scarlatines que laissent méconnues le peu d'intensité des symptômes et l'absence de rougeur à la peau? Mais le malade aurait eu, au moins antérieurement, du mal de gorge, et actuellement sa langue aurait présenté cet aspect lisse qui résulte de la desquamation de l'épithélium. Il importait donc de savoir si les urines étaient albumineuses.

Le diagnostic absolu, pathogénique, était, comme vous voyez, assez difficile jusque-là!

Mais si cette partie du problème clinique restait indécise, il n'y avait pas à hésiter quant à l'état grave des fonctions respiratoires. Je dis des *fonctions* et non des *organes*, du côté desquels on obser-

vait seulement d'abord une diminution générale de la sonorité thoracique, avec submatité plus prononcée vers les bases et un affaiblissement du murmure respiratoire. Cependant, à force d'investigation, je trouvai, au niveau de la région sus-mamelonnaire gauche, quelques bulles de râle quasi-crépitant sur une étendue telle que l'oreille la pouvait recouvrir.

Il y avait disproportion évidente entre ces signes et le trouble de la respiration; de sorte qu'on pouvait se demander, en voyant la suffusion œdémateuse des paupières et des extrémités inférieures, s'il n'y avait pas aussi un œdème pulmonaire, œdème assez peu ancien pour n'avoir pas encore donné naissance à des râles; ou bien si ce n'était pas là une congestion pulmonaire assez étendue pour supprimer déjà le champ de l'hématose, bien qu'assez récente pour ne pas avoir déterminé encore la pluie de râles caractéristiques. C'est à cette dernière opinion que je m'arrêtai, me fondant sur ce que cet individu paraissait à peine malade la veille, et sur ce que son crachoir contenait quelques crachats sanglants et non visqueux. Mon diagnostic fut donc : Congestion pulmonaire généralisée, caractérisée par une dyspnée asphyxique et par des crachats sanglants non pneumoniques encore.

Mais alors quel traitement mettre en œuvre au profit de ce malade qui allait périr ainsi étouffé? Le traitement, il était parfaitement indiqué : c'était la *saignée*; et si vous m'avez vu perplexe durant quelques secondes, c'est en raison de l'aspect assez peu brillant du malade, lequel semblait être celui d'un albuminurique; mais lorsqu'il me fut démontré que les urines ne contenaient pas d'albumine, mon hésitation si courte cessa. Et d'ailleurs, la congestion pulmonaire eût-elle été d'origine albuminurique, et associée à un peu d'œdème des bases, que j'étais décidé à passer outre et à saigner quand même, sachant par expérience (je vous l'ai dit dans une autre conférence à propos de l'Eclampsie albuminurique), la merveilleuse utilité de la saignée en pareille circonstance. Un des internes actuels de la Pitié, que la saignée sauva ainsi, en est un survivant témoignage.

Je prescrivis donc une saignée de quatre palettes, sans me laisser arrêter davantage par l'habitude du malade, qui trahissait la faiblesse et l'anémie.

La saignée faite, je vous invitai à venir avec moi en constater les résultats immédiats.

En arrivant vers le malade, nous le trouvâmes s'endormant. Le

jeu dyspnéique des narines avait cessé. Le malade allait donc mieux. Et en effet, le pouls était à 108; la respiration à 48; c'est-à-dire que la fréquence de celle-ci avait brusquement diminué d'un tiers, et cela, en moins de cinq minutes. Ainsi l'amélioration était évidente au point de vue de la respiration. J'ai le regret de n'avoir pas fait prendre la température avant et après la saignée; mais les accidents étaient trop pressants. Or la décroissance de la chaleur est la règle en pareil cas. L'observation d'autrui est assez concluante sur ce point pour que vous puissiez me croire sur parole.

Ce n'est pas tout; le malade, interrogé, répondit: « qu'il se trouvait beaucoup mieux; qu'il souffrait moins et respirait beaucoup plus facilement. Il ne demandait qu'une chose, c'était qu'on le laissât dormir; et il s'endormit en effet bientôt d'un sommeil paisible.

Voici d'ailleurs ce qu'il racontait, maintenant que l'angoisse asphyxique était dissipée. Trois jours auparavant, le dimanche, ses jambes avaient été un peu enflées; puis il avait été pris subitement, mardi, de ses accidents pulmonaires. Or aujourd'hui jeudi, un peu mieux éclairé par la marche des accidents et par la méditation à leur sujet, je l'ai interrogé sous une autre forme, et il m'a dit avoir éprouvé de la douleur dimanche, en même temps qu'il remarquait l'œdème au voisinage de ses malléoles. Je me gardais bien de prononcer le mot de *rhumatisme*, quand, spontanément, il me dit qu'il était entré, le 13 du mois dernier, à l'hôpital Beaujon, pour un rhumatisme articulaire. Les symptômes ayant été bénins, il voulut sortir trop tôt; et c'est ainsi qu'il éprouva des accidents rhumatismaux d'un autre ordre. Voilà donc comment, après une manifestation bénigne du côté des membres inférieurs, il a été en proie aux angoisses d'une fluxion rhumatismale sur le poumon.

Pour continuer l'action bienfaisante de la saignée, je prescrivis l'application de douze ventouses scarifiées, à pratiquer dans la matinée.

Le soir, l'oppression était redevenue assez vive pour que M. Duguet, chef de clinique, fît appliquer immédiatement vingt ventouses sèches sur la poitrine. En même temps, cet habile clinicien constatait du souffle bronchique, non-seulement aux points où le matin s'entendaient quelques râles crépitants douteux, mais aussi jusque vers la clavicule. Il y avait de la matité dans la région sus-mammelonnaire. Le pouls était à 132, la respiration à 48, et la température de 41°,2. Le sang de la saignée était peu couenneux.

Voici maintenant l'état actuel des choses : ce matin, jeudi, le pouls est à 88 pulsations et la température à 37°,8; mais si nous examinons l'appareil respiratoire, nous constatons un désaccord formel et des plus remarquables entre la *lésion* et la *maladie*. On trouve d'abord, à la base gauche, une matité assez étendue, de forme parabolique, montant jusqu'au mamelon ; et, comme le malade est resté couché toute la nuit sur le côté gauche, cette matité est bornée exactement à la face externe gauche du thorax.

Dans la moitié inférieure de cette matité, il y a abolition du murmure respiratoire; plus haut, et sur une ligne concentrique à celle qui limite la matité parabolique, on entend de la broncho-égophonie; plus haut encore, sur un point restreint, près du mamelon, de la bronchophonie et circonférentiellement de la crépitation.

Enfin, la percussion fait reconnaître un bruit skodique type au niveau de la région sous-clavière.

Il y a donc, sous le mamelon, et sur une étendue peu considérable, de l'hépatisation pulmonaire; de plus, la matité du côté gauche dénote la présence d'un épanchement, et nous conduit à affirmer que quelques points de la plèvre se sont enflammés par propagation. Le liquide séro-fibrineux, épanché en quantité assez peu considérable, donne cependant une matité assez notable, parce qu'il s'est épanché horizontalement (le malade étant couché sur le côté) dans la gouttière costale. Je me suis assez étendu sur le mode de production de la courbe de Damoiseau pour n'avoir pas besoin d'insister sur ce point ; et c'est là un fait de plus en faveur des idées de cet observateur sagace.

Maintenant, pourquoi n'y aurait-il pas une hépatisation dans toute l'étendue où l'on entend la matité? C'est qu'avec une matité pareille nous aurions un souffle et une bronchophonie des plus intenses, là où au contraire nous constatons un silence absolu. De plus, il y aurait une expectoration caractéristique qui fait presque absolument défaut : il n'y a qu'un crachat un peu visqueux dans le crachoir.

Notez qu'hier cet individu avait, en ce même point où l'on entend du souffle aujourd'hui, quelques bulles crépitantes seulement : ce matin, outre le souffle pneumonique, il a encore l'épanchement dont je vous ai parlé. Eh bien ! la lésion s'étant ainsi accrue, cet individu, qui asphyxiait hier matin, qui hier soir encore avait 41°,2, cet individu n'est presque plus malade, il n'a que 37°,8, et pour un peu il demanderait à s'en aller.

Or, messieurs, je ne pense pas que je doive me repentir de l'avoir saigné. Il n'est pas douteux pour moi, ni, je l'espère, pour vous, que ce jeune homme s'en allait rapidement de vie à trépas par le fait d'une asphyxie rapidement croissante.

Que si maintenant nous essayons de tirer de ce fait sa conséquence pratique, nous dirons qu'il est des cas où le médecin le plus temporisateur a la main forcée par l'urgence, et qu'il ne faut ni prescrire ni proscrire la saignée d'une façon aussi absolue qu'on l'a fait naguère et aujourd'hui.

Chose étrange! dans ces derniers temps, et au nom de la physiologie pathologique mal interprétée, et partant compromise, invoquant le raisonnement là où l'observation avait seule le droit d'intervenir, on a dit qu'il était étonnant que l'*inutilité* de la saignée dans la pneumonie ne fût pas dès longtemps démontrée. Et l'argumentation théoricienne a porté sur la lésion et sur le malade; c'est-à-dire qu'on a raisonné analytiquement là où l'analyse était impossible.

Au point de vue de la *lésion*, on a dit que celle-ci consistait dans une exsudation albumino-fibrineuse solidifiée dans le poumon, et que le but à atteindre était la résorption de l'exsudation. Or, toujours dans cette manière de raisonner, la résorption ne peut avoir lieu qu'après liquéfaction préalable, et la liquéfaction ne peut s'opérer qu'à l'aide d'une exhalation séreuse fournie par les vaisseaux de la partie enflammée. Enfin, il faut de toute nécessité un certain temps assez long pour que toutes ces choses s'accomplissent. Et dans tout cela on ne voit guère, toujours au point de vue du raisonnement, un rôle utile pour la saignée.

Cependant on veut bien admettre que la saignée, en diminuant la masse du sang en circulation, augmente par cela même la force d'absorption, et par suite puisse activer la résorption de l'exsudation. A ce seul titre, la saignée pourrait être utile dans la pneumonie. L'argument d'hydraulique invoqué en faveur de la saignée n'est vraiment pas très-heureux ; car en admettant, avec Valentin, que la masse du sang d'un homme adulte soit d'environ 12 kilogrammes, une saignée de 500 grammes, diminuant d'un *vingt-quatrième* la masse du liquide en circulation, n'augmente que d'un vingt-quatrième la force de résorption des vaisseaux pulmonaires ; ce qui est un assez mince résultat. Ou bien encore on pourrait dire, toujours dans cette manière de voir que je combats, que la masse du liquide sanguin qui circule étant diminuée d'un vingt-

quatrième, l'apport morbide au poumon est diminué d'un vingt-quatrième ; ce qui doit produire, si l'arithmétique n'est pas une vaine science ni la logique un vain mot, un vingt-quatrième de mieux-être matériel. Or, je le demande à tous ceux qui ont observé un pneumonique après une saignée faite d'une certaine façon que je dirai tout à l'heure, est-ce un aussi piètre résultat qui a été obtenu? Bien au contraire de cette fraction de mieux-être, et de mieux-être nécessairement *tardif*, que la théorie hydraulico-physiologique permet d'induire, il y a un bien-être absolu, *immédiat*. La douleur a diminué ou disparu, la dyspnée a subi les mêmes modifications, et la fièvre est moindre, en même temps que le pouls moins fréquent et la température moins élevée. Tel était notre malade, tels ils sont tous après la saignée.

Mais d'ailleurs est-ce bien de la résorption d'un exsudat pulmonaire qu'il s'agit ici ? et est-ce cette résorption que se proposaient d'obtenir ceux qui, pour la première fois, saignèrent dans la pneumonie? eux qui ignoraient non-seulement l'existence de cet exsudat, mais *à fortiori* son siége et sa nature ; qui ignoraient souvent la nature de l'inflammation. Mais ce qu'ils savaient de science certaine, c'est qu'il y avait là une maladie *inflammatoire*, caractérisée par de la fièvre, de la douleur de côté, de la dyspnée ; que la maladie siégeait à coup sûr dans la poitrine, et que peut-être c'était le poumon qui était affecté; car ils ne pouvaient affirmer qu'il y eût pneumonie qu'après avoir constaté l'expectoration. Et ils saignaient pour combattre la maladie inflammatoire, car ils savaient que, immédiatement après une hémorrhagie, la fièvre était toujours moindre et le mieux-être considérable ; qu'une détente générale s'opérait, souvent suivie d'une sueur bienfaisante, et tout cela immédiatement. Et ils savaient encore que ces résultats étaient accompagnés, dans le cas de pneumonie, d'une douleur moindre et d'une moindre dyspnée. Et c'est pour arriver à ces fins qu'ils saignaient, mais non point pour obtenir la résorption d'un exsudat qui n'existe pas encore alors que la fièvre est le plus véhémente, et qui persiste après la cessation de celle-ci ; produit plus ou moins tardif de la fièvre ; effet, et non point cause ; lésion, et non point maladie.

Ils savaient aussi qu'une saignée à large ouverture soulage le mieux et le plus vite, et, depuis Arétée, ils faisaient un précepte formel d'ouvrir largement la veine ; la saignée n'agissant pas seulement par la spoliation de l'organisme, mais aussi par la façon dont

celle-ci est faite. Or, au point de vue de l'hydraulique, ce fait est indifférent : ce qui importe, c'est la quantité de liquide tirée. Mais au point de vue de la clinique, ce qui importe bien davantage c'est la perturbation qu'on va produire, et, plus rapidement est la perte de sang, plus brusque est la perturbation, qui peut aller jusqu'à la syncope. Il n'y a pas là d'action *directe* exercée sur la maladie ni sur la lésion : il y a action directe sur le malade. Ce qu'on a directement et immédiatement amoindri, c'est la vitalité dans cet être dont brusquement on a fait ainsi baisser le pouls, baisser la respiration, baisser la température ; et c'est indirectement, par l'amoindrissement momentané de sa vitalité, qu'on arrive à l'amoindrissement de sa maladie.

S'il en fallait fournir la preuve, de cette action dynamique et non plus hydraulique, c'est que le même effet est obtenu par l'état nauséeux dû au tartre stibié, sans spoliation aucune : de part et d'autre c'est par l'intermédiaire d'une action sur le système nerveux qu'on a modifié tous les autres systèmes organiques.

D'ailleurs, et quelle que soit la théorie, — qu'il y ait dérivation par défluxion, — que la défluxion soit directe et en raison de la quantité de liquide enlevé, ou qu'elle soit indirecte et par action sur le système nerveux, celui-ci, par l'intermédiaire du sympathique, et à l'aide des vaso-moteurs, réagissant sur les vaisseaux de la partie enflammée (et l'on voit par cette ébauche que les théories ne manqueront jamais aux théoriciens), — d'ailleurs, dis-je l'amélioration est aussi générale que rapide et incontestable après la saignée ; seule chose qui nous intéresse. Et ce n'est pas sur la lésion, mais sur la maladie inflammation, et par une modification de tout l'être, que la saignée exerce son action.

D'un autre côté, on a encore rejeté théoriquement la saignée au nom même du *malade*. Comme c'est lui qui doit payer les frais de la guerre, on a eu grande compassion du malheureux, et l'on a voulu ne pas l'appauvrir à l'avance par la saignée. Ici, il y a encore plus qu'une erreur d'observation, — ce qui suffirait contre le raisonnement, — il y a une erreur de logique. Le malade n'est-il pas bien autrement affaibli, bien autrement appauvri dans tout son être, et par suite dans tout son sang, par la longue persistance de sa fièvre et l'intensité de celle-ci, par la longue persistance de sa douleur et de son insomnie, par la persistance et l'aggravation du trouble de son hématose et de celui de toutes ses fonctions, par l'anorexie et l'inanition, bien autrement affaibli et appauvri, dis-je,

qu'il ne l'est par une saignée, qu'on pourra répéter une fois encore au besoin? Eh quoi, cette perte de sang, qui le soulage, qui le mène au bien par le mieux, et de la façon que j'ai essayé d'indiquer, il la réparera plus tard à l'aide des aliments.

Il ne faut cependant pas, par une compassion aussi touchante qu'elle est inopportune, et en vue de la réparation future, trop économiser le sang dans le présent; et parce que la pneumonie est une maladie *cyclique*, à évolution déterminée, il ne faut pas davantage en contempler platoniquement les périodes. Car enfin, pour que le pneumonique ait le bonheur d'assister à la guérison de sa lésion pulmonaire, encore faut-il qu'il vive aussi longtemps que son poumon, et qu'il ne meure pas au premier période de sa fameuse maladie cyclique.

Mais que parlons-nous ainsi en général du traitement de la pneumonie ! Il ne s'agit point ici de *la* pneumonie, mais *des* pneumonies; et nous n'avons pas à traiter des *pneumonies*, mais des *pneumoniques*. Il n'y a rien là de général, tout est particulier. Quelle est la nature de la fièvre concomitante? Est-elle inflammatoire, bilieuse ou nerveuse, ou, comme on dit aujourd'hui, y a-t-il état inflammatoire, bilieux ou nerveux? A chacun de ces trois cas un traitement différent convient.

Et que parlons-nous de pneumonie en général ! Est-elle lobaire ou lobulaire? Lobaire, est-ce le sommet ou un lobe inférieur qu'elle intéresse? Est-elle simple ou rhumatismale? Lobulaire, est-elle catarrhale simple ou catarrhale épidémique?

Et que parlons-nous de pneumoniques en général ! Le pneumonique est-il jeune ou vieux? riche ou pauvre? sain ou malsain? homme ou femme? femme, en état de vacuité, de gestation ou de puerpéralité?

Ainsi, l'étude approfondie de la question, loin de la simplifier, vous fait entrevoir du problème un plus grand nombre de données. Rien n'est simple en pathologie; tout y est formidablement complexe; et celui-là est le meilleur médecin, qui sait embrasser l'ensemble du problème et non pas quelques-unes de ses faces seulement. Tel autre, au contraire, est peu sensé, qui, dans un état morbide complexe, ne voit que la pneumonie, et dans la pneumonie que le bloc de fibrine infiltré. Nous n'avons pas affaire à une pneumonie, encore moins à un exsudat, mais à un malade atteint de pneumonie.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

De l'utilité de l'emploi de la digitale dans la fièvre typhoïde. Wunderlich, dès 1862, a préconisé l'emploi de la digitale dans la fièvre typhoïde, et l'on connaît généralement l'influence de ce médicament sur la température et la fréquence du pouls dans cette affection. Le docteur Hankel, dans son étude, compare et discute les résultats de quatre-vingts cas de typhus entérique, observés à la clinique de Wunderlich. Chacun des symptômes est analysé à part, et leur étude comparative dans les cas traités par la digitale et ceux dans lesquels le médicament n'a pas été donné est très-instructive.

La digitale a été administrée sous forme d'infusé de feuilles, soit 1gr,25 à 2 grammes de feuilles de digitale pour 180grammes d'eau pour un jour; la médication était interrompue lorsque la fréquence du pouls tombait.

Le résultat le plus important et le plus net de l'usage de la digitale chez les typhiques est la diminution de la fièvre pendant plusieurs jours, puis l'abaissement de la pression du pouls pendant plusieurs semaines. La digitale est donc indiquée dans les cas où la température du soir s'élève à 40°,5 en même temps qu'il n'y a le matin que de faibles rémissions, et aussi dans les cas où le pouls marque 120 et plus, enfin de préférence dans le second septénaire (Wunderlich). La digitale diminue le délire, aussi est-elle indiquée toutes les fois que du délire coïncide avec l'élévation de la température et du pouls.

Lorsque le pouls est très-petit, la digitale lui donne de l'ampleur; l'albuminurie, la maladie de Bright ne sont pas une contre-indication de la digitale. On ne doit pas craindre que le collapsus survienne par le traitement, celui-ci peut être employé chez les sujets anémiques et déprimés. La digitale ne favorise pas les hémorrhagies et peut être employée alors même que des hémorrhagies se sont produites antérieurement, si elles n'ont pas été profuses. Le catarrhe gastrique est augmenté par la digitale; cependant il ne constitue pas le plus souvent une contre-indication.

La durée de la maladie semble prolongée par la digitale : aussi peut-on, d'une manière générale, réserver cette médication aux cas dans lesquels la fièvre, la fréquence ou la petitesse du pouls, ou des symptômes cérébraux, peuvent inspirer quelque crainte. (*Archiv der Heilkunde*, 3e Heft, avril 1869.)

Cancer de la langue; hémorrhagies; bons effets de la ligature de l'artère linguale. L'idée, mise en avant par Harvey, de chercher à obtenir la résolution de certaines tumeurs en liant les vaisseaux artériels qui vont alimenter la partie où elles siégent, gagne tous les jours du terrain dans la pratique. On devra en particulier à M. Demarquay non pas d'avoir appliqué le premier cette méthode au traitement du cancer de la langue, car d'autres l'avaient fait avant lui, mais de l'avoir vulgarisée; ce chirurgien en est, en effet, à sa neuvième opération de ce genre.

Le 24 janvier dernier, se présentait à la maison municipale de santé un garçon de recette, âgé de quarante ans, d'habitudes régulières, n'usant ni d'alcool ni de tabac, et qui, sans antécédent d'affections malignes dans sa famille, est atteint à la langue d'une ulcération donnant lieu depuis cinq semaines à des hémorrhagies répétées et abondantes.

L'examen de la bouche fait reconnaître l'existence d'une tumeur qui, apparue il y a un an, s'est développée progressivement; consistante, mal limitée, semblant renfermer un noyau central dur, elle occupe surtout le côté droit de la langue et déborde la ligne médiane. L'isthme du gosier est en partie obturé et la déglutition ne peut s'opérer normalement; celle des aliments solides est impossible, et le malade, réduit à vivre de bouillons et de soupes, s'affaiblit par suite de cette alimentation insuffisante autant que par les hémorrhagies. Celles-ci, très-fréquentes, proviennent indubitablement des vaisseaux profonds, et se font jour par l'ulcération dont il a été question ci-dessus, laquelle, située au côté droit de la face inférieure de l'organe, n'est que l'embouchure d'une

fistule profonde de 3 à 4 centimètres dirigée obliquement de dehors en dedans vers la base de la langue et vers la ligne médiane; cette ulcération sécrète sans cesse un pus d'une fétidité extrême.

M. Demarquay diagnostique une tumeur cancéreuse de la langue; et ne cherchant qu'à obtenir la désinfection des parties, à enrayer le mal et à en arrêter les progrès, il se décide pour la ligature de l'artère linguale correspondante.

Cette opération est faite le 29 janvier; en la pratiquant, le chirurgien rencontre un ganglion suspect qu'il a soin d'extirper. Dès le lendemain, la tumeur commence à s'affaisser; vingt-quatre heures plus tard, elle se circonscrit; l'empâtement qui l'entourait a disparu; on ne sent plus sous le doigt qu'un noyau de la grosseur d'une petite noisette. Le malade sent sa bouche plus libre et comme dégagée, et, chose remarquable, le pus sécrété par l'ulcération a perdu toute odeur.

Malheureusement on put craindre un moment que ces heureux résultats ne fussent sérieusement compromis. A la suite probablement d'un refroidissement auquel le malade eut l'imprudence de s'exposer, le cou se tuméfia, la langue reprit le volume qu'elle avait avant la ligature, la déglutition devint impossible et il survint des accès de suffocation. Toutefois cet état alarmant s'amenda peu à peu, et le 19 février l'incision pratiquée pour l'opération était cicatrisée, l'appétit et les forces étaient revenues, la tumeur atrophiée demeurait stationnaire, à peine l'ulcération donnait-elle quelques gouttes de pus, et tout irait pour le mieux si des douleurs névralgiques faciales intermittentes, qui ont débuté avec le cancer, ne continuaient à tourmenter le malade. (*Union méd.*, 1869, nº 71.)

Ovariotomie suivie de succès chez une enfant de douze ans. M. Guyon a communiqué à la Société de chirurgie, le 26 mai dernier, au nom de M. le docteur Jouon, de Nantes, une observation d'ovariotomie qui se distingue de toutes celles publiées jusqu'ici par un certain nombre de circonstances insolites, et notamment par l'âge de la malade.

Il s'agit d'une petite fille de douze ans et demi, non menstruée, qui portait depuis dix-huit mois une tumeur abdominale devenue énorme dans les derniers temps, et qui l'avait réduite au dernier degré de la faiblesse et de la maigreur. Le ventre avait le volume d'une grossesse gémellaire à terme; il était mat et fluctuant partout, excepté dans l'hypochondre gauche où les intestins avaient été refoulés. Le jeune âge de l'enfant, l'absence de tout signe de puberté, l'impossibilité d'isoler le foie d'avec la tumeur, firent hésiter le diagnostic entre un kyste de l'ovaire et une tumeur hydatique du foie. Le diagnostic ne devint évident que lorsque le kyste, ayant été ouvert par la cautérisation suivant la méthode de Récamier, donna issue à une grande quantité de sérosité très-albumineuse, et que l'on eut constaté à l'aide de la sonde que la cavité ouverte était limitée par de nombreuses bosselures assez fermes. Diagnostic : kystes multiloculaires avec fibromes.

L'ovariotomie est résolue et pratiquée le 15 mars 1869. Chloroformisation préalable, incision de 15 centimètres, détachement de très-fortes adhérences du kyste avec la paroi abdominale au niveau de l'application du caustique; plusieurs ponctions avec le gros trocart sans résultat. Pendant les efforts d'extraction, rupture et évacuation de deux grands kystes placés à la partie postérieure de la tumeur; extraction de la masse entière munie d'un pédicule long et grêle partant du ligament large gauche; application du clamp et section du pédicule; dissection de l'épiploon, sur lequel deux ligatures sont appliquées; toilette du péritoine; suture entortillée intéressant 1 centimètre du péritoine de chaque côté; réunion obtenue avec peine en raison de l'épaisseur du péritoine. A la suite de l'opération, vomissements très-fréquents pendant trente-six heures; finalement, guérison complète par deuxième intention en quarante-six jours.

La tumeur était formée de trois grands kystes dont les parois présentaient des bosselures fermes constituées par du tissu conjonctif très peu vasculaire; son poids total, solides et liquides, était de 20 livres. (*Union méd.*)

Chorée traitée par le bromure de potassium. M. Gallard fait la communication suivante :

Tout le monde connaît la merveilleuse action thérapeutique du bromure de potassium dans le traitement de l'é-

pilepsie. Mais on ne connaît pas bien encore l'action du bromure de potassium dans le traitement de la chorée. C'est à M. Gubler, je crois, que l'on doit attribuer les premières expériences faites à ce sujet. Il y a dans la chorée une série d'accidents toute spéciale, qui constitue la chorée grave, dont la terminaison est souvent fatale. Ces accidents consistent surtout, comme on sait, dans une agitation excessive des malades; c'est dans un cas de cette nature que j'ai pu obtenir des effets vraiment remarquables du bromure de potassium.

Il s'agit d'un jeune homme de quatorze ans et demi, qui est entré le 10 février dernier dans mon service, pour une chorée rhumatismale. Il avait été traité trois semaines auparavant, à l'Hôtel-Dieu, pour des rhumatismes. Cet enfant était mal nourri, mal logé, maltraité de toutes les façons, quand il fut atteint d'un rhumatisme aigu, qui détermina son admission à l'Hôtel-Dieu. Il ne tarda pas à guérir et fut envoyé en convalescence, le 21 janvier dernier, à Vincennes. Pendant les premiers jours, on ne remarqua rien de particulier, si ce n'est une certaine agitation ; il avait déjà cassé plusieurs objets. Cependant on ne tarda pas à le trouver agité de mouvements choréiques, plus intenses du côté gauche que du côté droit, comme cela a lieu ordinairement. Ses jambes étaient embarrassées. On lui fit prendre des bains sulfureux. Il y fut tellement agité, qu'on ne voulut pas le garder plus longtemps à Vincennes, et c'est alors qu'il entra dans mon service, le 10 février. Il était tellement agité, qu'on fut obligé de le porter à bras dans la salle, car il ne pouvait même pas tenir sur un brancard ; il avait avec cela une grande appréhension, et il pleurait. Cependant son intelligence était assez nette, et il put lui-même nous fournir les renseignements qui font le sujet de cette observation.

Je commençai par lui prescrire un bain sulfureux et de l'alimentation. Son agitation dans le bain fut telle, qu'on fut obligé de le sortir et de le reporter dans son lit. Le lendemain, je fis recommencer les mêmes tentatives, et elles furent suivies du même insuccès. Il ne dormit pas du tout dans les deux nuits qui s'écoulèrent dans cet intervalle, et même dans la nuit du 12 au 13 février, il se jeta cinq fois en bas de son lit. Enfin, le 13 février au matin, nous lui trouvâmes des rougeurs aux coudes et au sacrum. Je commençai à m'inquiéter sérieusement. J'avoue que je n'osai pas employer l'opium, car j'ai vu des accidents dans la chorée, à la suite de l'administration de l'opium à haute dose, et l'opium pouvait être ici fort dangereux. J'hésitai aussi pour le tartre stibié. Bref, je me décidai pour le chloroforme. Le lendemain, je trouvai mon malade amaigri, et il y avait à peine trois jours qu'il était entré dans mon service. Ce fut alors le 14 février, que je prescrivis un gramme de bromure de potassium. Il commença à sommeiller, il fit même dans la nuit des sommes de trois quarts d'heure, et il put manger, non pas encore lui-même, mais on put le faire manger, ce qui avait été impossible jusque-là. Le lendemain, je doublai la dose de bromure de potassium; je le fis lever, il put se tenir debout quelque temps; je recommandai alors certains exercices gymnastiques, tels que la marche en cadence, etc., etc. Je les lui fis faire d'abord avec une grande réserve, et même, les premiers jours, ces exercices furent naturellement très-irréguliers. Le bromure de potassium fut porté à 3 grammes.

Dès le sixième jour de traitement par le bromure de potassium, c'est-à-dire le 20 février, il a pu descendre seul l'escalier de trois étages, aller dans la cour faire quelques exercices, et remonter ses trois étages. A dater de ce moment, l'amélioration était telle, qu'il n'y avait plus le moindre danger de mort. Je portai jusqu'à 4 grammes le bromure.

Dès le 27, c'est-à-dire après treize jours de traitement, la sensibilité était revenue; il mangeait seul. Je recommençai à ordonner des bains sulfureux; il s'y trouva bien et n'y eut plus d'agitation. Ce fut le 7 mars que je supprimai le bromure de potassium. Il pouvait déjà aider la sœur dans la salle. J'ordonnai à ce moment une préparation d'oxalate de fer à 10 centigrammes. Cependant il n'avait pas encore retrouvé la parfaite coordination de ses mouvements. C'est à partir de ce moment que j'essayai de le faire écrire, et voici les différents spécimens de son écriture depuis ce moment jusqu'à celui de sa complète guérison. (M. Gallard fait passer ces spécimens sous les yeux de ses collègues.) On peut voir quelle notable différence il y a entre les premiers et les suivants. A partir du 20 mars donc, nous pouvions le considérer comme

guéri. Le traitement a duré quarante-quatre jours, ce qui est assez court relativement, puisqu'en moyenne, la chorée dure de cinquante à quatre-vingts jours.

C'est moins sur le traitement de la chorée en elle-même, que sur l'action rapide du bromure de potassium que j'ai voulu attirer votre attention, et c'est surtout à ce point de vue que cette observation m'a paru assez intéressante pour que je crusse devoir vous la communiquer.

Nouveau succédané de la quinine. — La liste déjà si longue des antipériodiques continue à s'accroître, et le fait est qu'en présence d'affections aussi communes et fréquentes que les fièvres intermittentes, les occasions ne manquent pas d'en expérimenter de nouveaux. Le prix élevé de la quinine, sa rareté, son défaut même dans certains lieux, ses falsifications, ses insuccès en font trop souvent une nécessité, et jusqu'à ce que le mystère de l'intermittence soit dévoilé et que l'on puisse classer d'après cela les moyens si divers employés pour la combattre avec plus ou moins de succès, il faut bien se contenter de les enregistrer à la suite les uns des autres. Il s'agit aujourd'hui d'un nouvel alcaloïde, la bussine, extrait des feuilles et des racines du buis (*buxus sempervirens*), par M. Pavia, chimiste italien, et expérimenté en grand et avec succès contre les fièvres palustres de tous les types par sept médecins différents dont voici les rapports :

Docteur Tibaldi : 59 cas, 22 hommes et 37 femmes, de 4 à 71 ans, présentant les différents types de fièvres : quotidienne, tierce, simple, double et quarte. 46 guérisons, dont 4 après récidive ; 9 insuccès guéris par le sulfate de quinine.

Docteur Buzzoni : 57 cas, 32 hommes et 25 femmes, de 2 mois à 75 ans. 43 guérisons et 14 insuccès, dont 6 chez les femmes.

Docteur Vitali : 64 cas, comprenant 6 observations du docteur Tiraboschi, 12 du docteur Anelli et 6 du docteur Senna ; en tout, 52 succès et 12 insuccès, se divisant ainsi suivant le type pyrexique :

21	Fièvres quotidiennes..........	17 succès	4 insuccès.
21	— tierces simples........	18 —	3 —
13	— doubles........	11 —	2 —
4	— quartes..............	2 —	2 —
5	— irrégulières...........	4 —	1 —
		52	12

Docteur Albani : 15 cas, dont 11 succès et 4 revers.

Docteur Mazzolini : 113 cas, 77 hommes et 36 femmes, ayant donné 79 succès et 34 insuccès, divisés ainsi :

69	Fièvres quotidiennes..........	46 succès	23 insuccès.
24	— tierces...............	17 —	7 —
10	— doubles........	9 —	1 —
7	— quartes..............	4 —	3 —
1	— double.........	1 —	0 —
2	— périodiques.....	2 —	0 —

C'est donc un total de 608 cas, donnant 535 succès contre 73 insuccès, c'est-à-dire une proportion de plus de 75 pour 100 de guérisons, presque celle du spécifique, évaluée à 80 pour 100. On ne saurait se montrer plus exigeant pour un succédané, d'autant moins que plusieurs cas rebelles à la bussine l'ont été de même ensuite au sulfate de quinine, et que d'autres réfractaires à celui-ci ont cédé à la bussine. Il convient donc de ne pas négliger, en France, la fabrication ni l'essai de ce nouveau produit chimique, dont la préparation se trouve exposée en détail dans le *Bulletino farmaceutico* de mai et décembre 1868.

Employé à la dose de 1 gramme en potion durant l'apyrexie, le sulfate de bussine a suffi le plus souvent à prévenir l'accès suivant, sinon à en diminuer l'intensité et la durée ; rarement il s'en manifestait d'autres quand cette préparation devait agir, et ce n'est que très-exceptionnellement qu'une seconde dose divisée en pilules a été donnée consécutivement par M. Mazzolini. M. Albani, après l'avoir vu réussir dans une décoction de racine de columbo, croit qu'il serait plus actif sous cette forme ; mais l'amertume extrême du médicament ne permet guère de l'adopter.

Aucun accident sérieux n'est résulté

de ces tentatives. Des troubles intestinaux, comme pesanteur d'estomac, pyrosis, soif ardente, quelquefois vomissements et diarrbée, montrent pourtant que l'emploi de ce médicament doit être prudent et réservé. Il se manifeste aussi des vertiges, des bourdonnements d'oreille ; et en l'expérimentant sur lui-même, le docteur Mazzolini en a éprouvé une excitation analogue à celle du café et du thé sur le sommeil. (*Ann. univ. di medicina*, fév., et *Union méd.* 1869, nº 69.)

Tétanos traumatique; traitement par la fève de Calabar; guérison. Charretier, âgé de vingt-quatre ans, blessé au poignet droit par l'ardillon d'une boucle, qui avait pénétré d'environ un quart de pouce; la plaie s'était rapidement cicatrisée, mais il était resté de la roideur avec flexion de la main sur l'avant-bras.

Le 30 décembre dernier, douze jours après l'accident, ayant été exposé au froid durant plusieurs heures, le blessé ressentit, en rentrant, une vive douleur au siége de la blessure. Le lendemain, cette douleur ainsi que la roideur du poignet avaient augmenté, et de plus il était survenu une toux qui s'accompagnait de douleur au niveau des cartilages costaux. Le docteur Macarthur, en le visitant le 2 janvier, constata, outre ces symptômes encore augmentés, un commencement de tension tétanique des muscles du cou et de la mâchoire. Il commença par purger le malade avec une prise de jalap et de calomel, se proposant de le soumettre ensuite au traitement par l'extrait de fève de Calabar, médicament qui ne put être administré de suite parce qu'il fallut le faire venir d'Edimbourg.

Le 5 janvier, les symptômes du tétanos sont complètement développés : trismus, rire sardonique, difficulté d'articuler la voix, qui est sourde et gutturale ; douleur le long des côtes et vers les dernières vertèbres dorsales avec opisthotonos, à un degré d'ailleurs médiocre, mais devenant très-prononcé si l'on vient à toucher un des points douloureux; rigidité des muscles abdominaux et en général de tous les muscles du corps; respiration difficile, toux spasmodique. Le pouls est à 88, les bruits du cœur normaux. L'appétit est conservé, mais ne peut être satisfait en raison d'un état convulsif du pharynx qui gêne la déglutition. — Prescription : un huitième de grain d'extrait de fève de Calabar toutes les heures.

Les 6 et 7 janvier, l'état est à peu près le même ; le médicament est bien supporté, et le malade dit se sentir mieux un quart d'heure environ après chaque dose. La quantité en est portée à un sixième de grain par heure le 6, et à un quart de grain le 7. Le soir de ce dernier jour, le pouls, de 80, 84, monte à 120.

Le 8, la langue, qui est couverte d'un enduit épais, peut être sortie de la bouche un peu mieux que les jours précédents ; mais une contraction soudaine des muscles de la mâchoire y occasionne une plaie par morsure. Opisthotonos prononcé. Sueurs profuses. Soif vive. Gargouillements dans la gorge, causés par la présence de mucosités filandreuses, dont le malade se débarrasse de temps à autre par un effort qui tient à la fois de l'action de souffler et de l'éternument. Pouls à 100, le matin. Demi-grain d'extrait toutes les heures et demie. Le soir, le pouls est tombé à 92 ; les pupilles sont très-contractées. La mère du malade remarque qu'il a passé une journée un peu meilleure, qu'il a pu dormir un peu à plusieurs reprises, les spasmes, toujours très-intenses quand ils reviennent, étant moins fréquents et ne revenant plus qu'à intervalles de dix minutes à un quart d'heure.

Le 9, vives douleurs dans la poitrine et dans le dos; beaucoup de malaise dans l'estomac. Pouls à 100. Trois gouttes d'acide hydrocyanique dilué toutes les quatre heures, et demi-grain d'extrait de fève de Calabar toutes les deux heures. Mieux le soir.

Le 10, pouls tombé à 80, mou. Le malade se trouve très-fatigué par les mucosités gutturales, dont il a grand peine à se débarrasser. Suppression de l'acide hydrocyanique ; continuation de l'extrait, demi-grain toutes les deux heures. Pupilles toujours fortement contractées.

Le 11, pouls à 100º. Pas d'amélioration : il suffit d'un attouchement, de l'impression de l'air froid quand on ouvre la porte, pour exciter les convulsions tétaniques. Continuation de l'extrait, dont la dose sera doublée toutes les quatre heures, c'est-à-dire que, prenant le médicament de deux en deux heures, une fois il en prendra un demi-grain, et la fois suivante un grain entier.

Le 12, il y a eu du délire la nuit. Pouls à 120. Tous les symptômes, spasmes, douleurs, augmentés d'intensité; sueurs profuses. Revenir à la dose précédente, c'est-à-dire un demi-grain seulement toutes les deux heures. — Le soir, M. Macarthur, demandé en toute hâte, trouve le patient presque expirant, les convulsions devenues et plus intenses et plus fréquentes ayant amené un état d'asphyxie imminente; les doses du médicament avaient été suspendues, parce que la provision du pharmacien s'était trouvée épuisée. Heureusement notre confrère en avait une certaine quantité sur lui; immédiatement il en injecta un demi-grain sous la peau, le malade étant hors d'état de rien avaler. Peu à peu les spasmes allèrent diminuant et la connaissance revint. L'extrait de fève de Calabar fut ensuite continué à raison d'un demi-grain toutes les deux heures.

Le 15, pouls à 100. La rigidité générale est moindre et les accès moins intenses. A partir de ce jour, les symptômes vont diminuant d'intensité, et la dose d'extrait peut être réduite de moitié, un quart de grain toutes les deux heures. Pour la première fois depuis le début de la maladie, dans la nuit du 20 janvier, le malade s'endort d'un summeil profond et prolongé, pendant lequel toute rigidité a disparu. Au réveil, il est repris d'opisthotonos, mais qui ne dure que quelques secondes. Un quart de grain d'extrait seulement toutes les quatre heures. Le 22, le pouls est à 60; la langue est nette. Les muscles sont toujours tendus et sensibles; cependant le malade peut se lever, marcher un peu, mâcher quelques aliments. Il entre évidemment en convalescence. Suppression du médicament. (*Edinburgh med. journ.*, mai 1869.)

VARIÉTÉS.

Académie des sciences.

Dans la séance publique annuelle, M. Dumas a proclamé les prix décernés pour 1868, et les sujets de prix proposés pour 1869. Voici l'énumération des prix décernés, en ce qui concerne les sciences médicales:

Prix de statistique, fondé par M. de Montyon, décerné à M. le docteur Berigny, de Versailles. — La commission a pensé que, par des observations si complètes, par une constance si prolongée, M. Berigny avait bien mérité de la science, et elle n'a pas hésité à lui réserver le prix.

Mention très-honorable est accordée à M. le docteur Ebrard, pour la partie de son essai historique et statistique sur les établissements et institutions de bienfaisance dans la ville de Bourg de 1560 à 1862.

Mentions honorables: M. Fayet, pour son rapport de 1867, sur la situation comparée de l'instruction primaire dans le département de l'Indre; — M. Charpillon, pour la partie statistique de son ouvrage sur Gisors et son canton (Eure); M. Rambosson, pour son recueil statistique: *les Colonies françaises.*

Prix de médecine et de chirurgie. — M. Villemin obtient un prix de 2 500 francs; MM. Feltz, Fliut et Raciborski, une mention honorable de 1 500 francs. — L'Académie a récompensé les remarquables recherches de M. Villemin sur l'inoculation du tubercule de la phthisie pulmonaire. Déjà l'auteur avait annoncé, l'année dernière, ce fait important, mais la commission avait désiré que de nouvelles expériences fussent faites pour en poser la réalité comme incontestable. Si l'on fait à l'oreille d'un lapin, à l'aisselle une plaie sous-cutanée, et que l'on y insinue une parcelle grosse comme une tête d'épingle de matière tuberculeuse prise sur l'homme, sur la vache, on ne tarde pas à voir se développer chez l'animal un tubercule local. Les ganglions lymphatiques en communication avec les plaies d'inoculation se parsèment de nodules tuberculeux. Les résultats de ce mode d'inoculation ont été examinés par MM. Andral, Bouillaud, Cloquet, Longet, Nélaton, Laugier. Du fait de l'inoculation, il faut bien conclure à la virulence du tubercule. Or, si la tuberculose est inoculable et virulente, elle est par cela même contagieuse. Inoculable de l'homme aux animaux, elle le serait sans doute de l'homme à l'homme. C'est à l'avenir de déterminer dans quelles conditions particulières la cohabitation peut rendre la maladie transmissible.

Mentions honorables : M. Feltz, pour son travail intitulé : « Étude clinique et expérimentale sur les embolies capillaires, » recherches très-neuves et très-remarquables; M. Austin Flint, pour ses « Recherches expérimentales sur une

nouvelle fonction du foie, » expériences originales el d'un grand intérêt pour la pathologie el la physiologie; M. Racihorski, pour son excellent « Traité de la menstruation. » — D'autres travaux ont paru à la commission mériter au moins une citation honorable. Voici les noms d'auteurs désignés par la commission : MM. Larcher père, Gonhaux, Jaccoud, Grandry, Susini, Hayem. — Sont, en outre, renvoyés à l'examen de la commission du concours des prix de 1869 les travaux de MM. Stiling, Onimus, Legras et Saint-Cyr.— Enfin, l'Académie accorde à MM. Cullin et Grehant 1 000 francs pour continuer leurs expériences, le premier sur les trichines et les trichinoses, le second sur la respiration de l'homme. M. Lahordette, de Lisieux, obtient également 500 francs pour multiplier ses observations sur l'emploi du speculum laryngien dans le traitement de l'asphyxie par submersion.

Prix des arts insalubres, fondé par M. de Montyon, décerné à M. Vignier, pour le récompenser de l'appareil qu'il a imaginé afin de prévenir les collisions de trains de chemins de fer aux bifurcations. La valeur du prix est élevée à 2 500 francs. — Le système de M. Vignier consiste à rattacher aux leviers de manœuvre des aiguilles, et aux leviers de manœuvre des signaux de protection, des tiges qui, pénétrant les unes dans les autres, à la manière de verrous dans leurs gâches, s'enclanchent mutuellement, de telle façon qu'il est impossible d'effacer certains de ces signaux avant d'avoir fait apparaître ceux qui doivent protéger le train auquel l'effacement des premiers ouvre la voie, ou réciproquement. Ce système fonctionne depuis douze ans avec succès, et il est devenu général en France et à l'étranger. M. Vignier n'avait pas pris de brevet pour son invention, qu'il a généreusement laissée dans le domaine public.

Prix Bréant. — Trente mémoires ont été adressés à la commission. Aucun n'a été trouvé digne, soit du prix de 100 000, soit même de celui de 5 000 francs, intérêt annuel du capital. Toutefois, la commission en a distingué trois qui lui ont paru mériter des encouragements, et l'Académie, sur sa proposition, a accordé à M. Lorain 2 500 francs; à M. Brébant 1 500 francs; à M. Nicaise 1 000 francs. — Le prix Bréant, d'après le vœu du donataire, ne doit être accordé qu'à celui qui aura trouvé le moyen de guérir le choléra asiatique, ou qui aura découvert les causes de ce terrible fléau. Toutefois le légataire, prévoyant bien la difficulté du problème, a ajouté que l'intérêt du capital serait donné à la personne qui aurait fait avancer la science sur la question du choléra ou de toute autre maladie épidémique, etc. — Depuis plus de quinze ans, le concours est ouvert, et malheureusement aucune découverte n'a paru assez saillante pour rentrer absolument dans le programme tracé par le donataire. — L'encouragement accordé cette année à M. Lorain, médecin à l'hôpital Saint-Antoine, se rapporte à ses consciencieuses et délicates recherches intitulées : *Études de médecine clinique et de physiologie pathologique.* — *Le choléra observé à l'hôpital Saint-Antoine.* — M. le docteur Brébant est récompensé pour son ouvrage : *Choléra épidémique considéré comme une affection morbide personnelle; physiologie pathologique et thérapeutique rationnelle.* — L'étude qui a valu un encouragement à M. Nicaise a pour sujet : *le Choléra de* 1865-1866, qu'il a observé soit dans les hôpitaux de Paris, ou dans les villes et villages où il avait été envoyé en mission par M. le ministre de l'agriculture et du commerce.

Prix Barbier. — A décerner selon les intentions du testateur à celui qui fera une découverte précieuse pour la science chirurgicale, médicale, pharmaceutique et dans la botanique, ayant rapport à l'art de guérir. — La commission a distingué comme rentrant dans le programme du concours les travaux de MM. Fraser et Rabuteau. — M. Fraser a envoyé une étude approfondie des caractères botaniques, de l'action physiologique et des usages thérapeutiques du *physostigma venenosum*, légumineuse papillonacée, qui donne pour graine la *fève de Calabar*. On connaissait bien déjà l'action remarquable de l'ésérine sur la pupille. L'auteur a examiné l'influence des extraits alcooliques des enveloppes de la graine et en a déduit des faits importants pour la thérapeutique. — M. Rabuteau a expérimenté au point de vue physiologique l'action de certains composés métalliques, les fluorures, les iodates, les iodures, les bromates et les bromures, etc. Ses recherches ont amené des résultats intéressants que la commission signale, en louant l'esprit scientifique dans lequel toutes les expériences ont été poursuivies. — En conséquence, le prix Barbier a été partagé entre MM. Thomas Fraser et Rabuteau.

Pour les articles non signés : **F. BRICHETEAU.**

TABLE DES MATIÈRES

DU SOIXANTE-SEIZIÈME VOLUME.

A

B

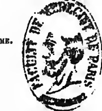
T

U

V

Z

FIN DE LA TABLE DU TOME SOIXANTE-SEIZIÈME.



Paris. — Typographie Hennuyer et fils, rue du Boulevard, 7.